

# **DAKOTA DEL SUR**

## **Instrucciones anticipadas**

### **Planificación de las decisiones importantes de 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 para mejorar la atención y la experiencia de cuidado durante enfermedades graves y al final de la vida. Como parte de ese esfuerzo, CaringInfo proporciona una guía detallada para completar formularios de instrucciones anticipadas en los 50 estados, el Distrito de Columbia y Puerto Rico.

Este paquete incluye:

- Indicaciones para preparar sus instrucciones anticipadas. Lea todas las instrucciones.
- Sus formularios de instrucciones anticipadas específicos del territorio, que son las páginas con la barra de instrucciones gris en el lado izquierdo.

#### **ANTES DE EMPEZAR**

Asegúrese de tener los materiales para cada estado en el que pueda recibir atención médica. Puesto que los documentos son específicos de los estados, es útil contar con el documento correspondiente de cada estado en el que pueda permanecer un tiempo considerable. Para viajes ordinarios a otros estados no es necesario que haga nuevas instrucciones anticipadas. Las instrucciones anticipadas en este paquete serán legalmente vinculantes solo si la persona que las completa es un adulto competente que tiene 18 años de edad o más, o un menor emancipado.

#### **MEDIDAS DE ACCIÓN**

1. Puede fotocopiar o imprimir un segundo juego de estos formularios antes de comenzar para que tenga una copia en limpio si necesita empezar de nuevo.
2. Cuando empiece a llenar los formularios, consulte las barras de instrucciones grises, que le guiarán a través del proceso.
3. Hable con su familia, amigos y médicos acerca de sus instrucciones anticipadas. Asegúrese de que la persona que usted designe para tomar decisiones en su nombre comprenda sus deseos.

4. Una vez que haya llenado y firmado el formulario, saque una fotocopia, un escaneo o una fotografía y entréguesela a la persona que designó para tomar decisiones en su nombre, a su familia, amigos, proveedores de atención médica o líderes religiosos a fin de que esté disponible en caso de emergencia.
5. También puede guardar una copia de su formulario en su expediente médico electrónico o en una solicitud, programa o servicio de registros médicos personales en línea que le permita compartir sus documentos médicos con sus médicos, familiares u otras personas que usted desea que desempeñen un papel activo en su planificación anticipada de la atención.

## **INTRODUCCIÓN A SUS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE DAKOTA DEL SUR**

Este paquete contiene un documento legal, las **Instrucciones anticipadas de Dakota del Sur**, 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** contiene un **Poder notarial duradero para la atención médica de Dakota del Sur**. Esta parte le permite nombrar a alguien, su "agente", para que tome sus decisiones de atención médica, incluidas las decisiones sobre los procedimientos de soporte vital, si ya no puede expresarse por sí mismo. El poder notarial duradero 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 médicas, no solo al final de la vida.

La **Parte II** contiene una **Declaración de Dakota del Sur**, que es el testamento en vida de su estado. Su declaración le permite expresar sus deseos sobre la atención médica, en caso de que ya no pueda tomar sus propias decisiones de atención médica y tenga una enfermedad terminal.

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 de Dakota del Sur**.

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 Dakota del Sur?**

Aunque no hay requisitos legales para atestiguar su firma si solo completa la Parte I, el **Poder notarial duradero para la atención médica**, debe atestiguarlo de la manera en la que se establece en la Parte II a fin de asegurarse de que sus deseos se respeten, en caso de que alguien cuestione su documento.

Si completa la Parte II, la **Declaración** (testamento en vida), debe firmar o pedir que alguien firme en su nombre su documento ante la presencia física o electrónica de dos testigos adultos. Aunque no es necesario, también puede notarizar su documento.

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

Su agente 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 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 nombrar 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.

### **¿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?**

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

Su **Declaración** (testamento en vida) entra en vigor cuando su médico determina que usted ya no puede participar en sus decisiones médicas, que padece una enfermedad terminal, incluido un estado de inconsciencia permanente, y su muerte es inminente.

### **Limitaciones del agente**

Su agente no puede retener o retirar los cuidados de alivio.

Su agente debe cumplir las leyes vigentes de Dakota del Sur relacionadas con el embarazo y la interrupción de embarazos.

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

Puede revocar la Parte I, su **Poder notarial duradero para la atención médica**, en cualquier momento y de cualquier manera que exprese su intención, como ejecutar una revocación por escrito, destruir todas las copias de su documento o declarar su revocación de

forma verbal. Es importante que notifique a su agente de su revocación, ya que él o ella no será responsable de actuar como su agente si no conoce su revocación. Si registró su poder notarial duradero para la atención médica en el registro de escrituras, también debe registrar cualquier revocación en el registro de escrituras.

Puede revocar la Parte II, su **Declaración**, en cualquier momento y de cualquier manera que exprese su intención, como ejecutar una revocación por escrito, destruir todas las copias de su documento o declarar su revocación de forma verbal. Su revocación entra en vigor cuando la comunica a su proveedor de atención médica.

## **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?**

La nutrición e hidratación artificiales no se retendrán o retirarán, a menos que indique en específico que desea que se retengan o retiren en sus instrucciones anticipadas, o que autorice expresamente a su agente a ordenar la retención o el retiro de la nutrición e hidratación artificiales.

No se retendrán el tratamiento de soporte vital ni la nutrición e hidratación artificiales si está embarazada, a menos que sea razonable y seguro, desde el punto de vista médico, que dicho tratamiento no permitirá el desarrollo y el nacimiento vivo del feto, que será físicamente perjudicial para usted, o que prolongará el dolor severo que no podrá aliviarse con medicamentos.

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.

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE DAKOTA DEL SUR - PÁGINA 1 DE 5**

PARTE I

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE Y DIRECCIÓN.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, LA DIRECCIÓN Y LOS NÚMEROS DE TELÉFONO DE SU AGENTE.

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

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

**PARTE I. PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA**

Yo, \_\_\_\_\_, residente en  
(nombre del mandante)

\_\_\_\_\_  
(dirección)

por la presente nombro a \_\_\_\_\_, residente en  
(nombre del agente)

\_\_\_\_\_  
(dirección y número de teléfono del agente)

Como mi apoderado ("agente") para consentir, rechazar o retirar el consentimiento para procedimientos médicos, tratamientos o intervenciones.

2) En caso de que la persona antes nombrada no pueda, no quiera o no esté disponible a fin de actuar como mi agente para la atención médica, por la presente nombro como mi agente suplente a:

\_\_\_\_\_, residente en  
(nombre del agente suplente)

\_\_\_\_\_  
(dirección y número de teléfono del agente suplente)

3) Ya hablé sobre mis deseos con mi agente y mi agente suplente, y le autorizo a tomar todas las decisiones de atención médica en mi nombre, incluidas las decisiones de retener o retirar cualquier forma de soporte vital. Autorizo expresamente a mi agente (y agente suplente) a tomar decisiones en mi nombre con respecto a la retención o el retiro de la nutrición e hidratación artificiales en todas las circunstancias médicas.

4) Este poder notarial entra en vigor cuando ya no puedo tomar mis propias decisiones médicas, y no se ve afectado por una discapacidad física o incompetencia mental. La determinación de si puedo tomar mis propias decisiones médicas debe tomarla mi agente, o si él o ella no puede, no está dispuesto o no está disponible para actuar, mi agente suplente, a menos que el médico tratante determine que sí tengo capacidad de decisión.



PARTE II

**PARTE II. DECLARACIÓN**

**Aviso**

Este es un documento legal importante. Un testamento en vida orienta el tratamiento médico que recibirá en caso de que padezca una afección terminal y no pueda participar en sus propias decisiones médicas. Este testamento en vida puede indicar qué tipo de tratamiento desea o no desea recibir.

AVISO

Prepare este documento con cuidado. Si utiliza este formulario, léalo en su totalidad. Puede buscar ayuda profesional para asegurarse de que el formulario sirva para lo que usted pretende y se complete sin errores.

Este documento seguirá siendo válido y vigente hasta (y a menos que) lo revoque. Revise este documento de manera periódica para asegurarse de que siga reflejando sus deseos. Puede enmendar o revocar este documento en cualquier momento, notificándolo a su médico y a otros proveedores de atención médica. Debe entregar copias de este documento a su familia, su médico y su centro de atención médica. Este formulario es totalmente opcional. Si decide utilizar este formulario, tenga en cuenta que el formulario proporciona espacios en donde usted, los dos testigos que eligió y un notario público deben firmar.

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE DAKOTA DEL SUR - PÁGINA 4 DE 5**

A MI FAMILIA, A MI PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA Y A TODOS AQUELLOS QUE SE PREOCUPAN POR MI ATENCIÓN:

ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA.

Yo, \_\_\_\_\_, pido que sigan mis deseos para la atención si padezco una afección terminal, mi muerte es inminente y no puedo comunicar mis decisiones sobre mi atención médica.

ELECCIONES DE TRATAMIENTO PARA EL SOPORTE VITAL

Con respecto a cualquier tratamiento de soporte vital, deseo lo siguiente:

*(Escriba sus iniciales solo en una de las siguientes opciones. Si no está de acuerdo con cualquiera de las siguientes opciones, a continuación se proporciona un espacio para que escriba sus propias instrucciones).*

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA.

\_\_\_\_\_ Si mi muerte es inminente, elijo no prolongar mi vida. Si se ha iniciado un tratamiento de soporte vital, suspéndanlo, pero manténganme cómodo y controlen mi dolor.

\_\_\_\_\_ Incluso si mi muerte es inminente, elijo prolongar mi vida.

\_\_\_\_\_ No elijo ninguna de las opciones anteriores, y estas son mis instrucciones si padezco una enfermedad terminal y mi muerte es inminente:

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

ELECCIONES DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIALES

Con respecto a la nutrición e hidratación artificiales, deseo lo siguiente.

*(Nutrición e hidratación artificiales se refieren al alimento y agua proporcionados por medio de un tubo insertado en el estómago o el intestino, o una aguja en una vena).*

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA.

(Escriba sus iniciales solo en una):

\_\_\_\_\_ Si mi muerte es inminente, no quiero recibir nutrición ni hidratación artificiales. Si se han iniciado, suspéndanlas.

\_\_\_\_\_ Incluso si mi muerte es inminente, deseo recibir nutrición e hidratación artificiales.

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE DAKOTA DEL SUR - PÁGINA 5 DE 5**

**PARTE III**

FIRME, FECHÉ Y ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE Y DIRECCIÓN.

SI COMPLETÓ LA PARTE II, DEBE ASEGURARSE DE ATESTIGUAR SU FIRMA.

EN CUALQUIER CASO, ES UNA BUENA IDEA ATESTIGUAR SU FIRMA, INCLUSO SI SOLO COMPLETÓ LA PARTE I.

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

ESTA SECCIÓN OPCIONAL DEBE COMPLETARLA UN NOTARIO PÚBLICO.

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

**PARTE III. CUMPLIMIENTO**

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

**TESTIGOS**

El declarante firmó de manera voluntaria este documento en mi presencia.

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_

**NOTARIO (OPCIONAL)**

En este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ el declarante, \_\_\_\_\_, y los

testigos, \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_,

comparecieron en persona ante el funcionario abajo firmante y firmaron el instrumento anterior en mi presencia.

Fecha de este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notario público

Fecha de vencimiento de mi cargo: \_\_\_\_\_

*Cortesía de CaringInfo  
www.caringinfo.org*

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  
Alliance for Care at  
Home. Revisado en  
2023.

## FORMULARIO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS DE DAKOTA DEL SUR - PÁGINA 1 DE 1

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 Dakota del Sur.

\_\_\_\_\_ 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 Dakota del Sur, 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 \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Cortesía de CaringInfo*

*www.caringinfo.org*