

# TENNESSEE

## Instrucciones anticipadas

### Planificación de las decisiones importantes de 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 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.

#### 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 TENNESSEE**

Este paquete contiene un documento legal, conocido como las **Instrucciones anticipadas de Tennessee**, 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. Este documento se basa en formularios creados por el Departamento de Salud de Tennessee.

La **página uno** incluye un **Nombramiento de un agente para la atención médica**. Esto le permite nombrar a alguien, llamado agente, para que tome sus decisiones de atención médica, incluidas las decisiones sobre el soporte vital, si ya no puede expresarse por sí mismo. Un agente puede hablar por usted en cualquier momento en que no pueda tomar sus propias decisiones médicas, no solo al final de la vida.

Las **páginas dos y tres** contienen una **Instrucción individual** que le permite proporcionar sus deseos con respecto a la atención médica en caso de que ya no pueda hablar por sí mismo. Además de las decisiones de atención médica, la parte de la instrucción individual del formulario también le permite dar instrucciones con respecto a sus otras preocupaciones de planificación anticipada, como sus deseos para su entierro. Finalmente, la parte de instrucción individual del formulario le permite hacer una declaración de sus deseos con respecto a la donación de órganos.

**Debe completar la página cuatro o la página cinco para que el documento entre en vigor.**

### **¿Cómo puedo hacer legales mis instrucciones anticipadas para la atención médica de Tennessee?**

Debe firmar sus instrucciones anticipadas. Su firma debe notariarse o atestiguar por dos adultos competentes. Cualquiera de las dos opciones está disponible en este formulario.

Si firmó ante testigos, los testigos no pueden ser la persona que usted nombra como su agente. Además, al menos uno de sus testigos debe ser una persona 1) que no esté relacionada con usted por sangre, matrimonio o adopción; y 2) que no heredará ninguna parte de su patrimonio.

## **¿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?**

Sus instrucciones anticipadas entran en vigor cuando su médico designado determina que usted ya no es capaz de entender los beneficios significativos, riesgos y alternativas a la atención médica propuesta, ni para tomar o comunicar una decisión 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 debe cumplir las leyes vigentes de Tennessee relacionadas con el embarazo y la interrupción de embarazos.

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

Usted puede revocar la totalidad o parte de sus instrucciones anticipadas, excepto el nombramiento de un agente, en cualquier momento que tenga la capacidad y de cualquier manera que comunique la intención de revocación. Esto podría incluir rasgar, quemar o destruir el documento, o simplemente declarar de forma verbal que tiene la intención de revocar sus instrucciones anticipadas.

Usted puede revocar el nombramiento de su agente solo mediante un escrito firmado o informando personalmente a su proveedor de atención médica que supervisa. Si su cónyuge es

su agente, un decreto de anulación, divorcio, disolución del matrimonio o separación legal automáticamente revoca su poder, a menos que usted especifique lo contrario en sus instrucciones anticipadas.

También puede redactar nuevas instrucciones anticipadas. Las instrucciones anticipadas que entran en conflicto con instrucciones anteriores revocan estas últimas en la medida del conflicto.

## **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 prehospitaria" 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 TENNESSEE - PÁGINA 1 DE 5**

**NOMBRAMIENTO DEL AGENTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA**

INGRESE SU NOMBRE  
EN LETRA DE  
IMPRESA.

Yo, \_\_\_\_\_, otorgo a mi agente nombrado a continuación permiso para tomar decisiones de atención médica en mi nombre si no puedo tomar decisiones por mí mismo. Si mi agente no está disponible, no puede o no quiere brindar sus servicios, el suplente nombrado a continuación tomará el lugar del agente.

AGREGUE EL  
NOMBRE DE SU  
AGENTE, NÚMERO  
DE TELÉFONO,  
RELACIÓN CON  
USTED Y  
DIRECCIÓN.

**Agente:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Dirección:

---

---

AGREGUE EL  
NOMBRE DE SU  
AGENTE SUPLENTE,  
NÚMERO DE  
TELÉFONO,  
RELACIÓN CON  
USTED Y  
DIRECCIÓN.

**Agente suplente:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Dirección:

---

---

AGREGUE CUALQUIER  
LIMITACIÓN O  
INSTRUCCIÓN QUE  
TENGA PARA SU  
AGENTE.

**Otras instrucciones o limitaciones para mi agente:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

# INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE TENNESSEE - PÁGINA 2 DE 5

## INSTRUCCIÓN INDIVIDUAL

INGRESE SU NOMBRE  
EN LETRA DE  
IMPRESA.

### DECLARACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

MARQUE LAS  
CASILLAS PARA LAS  
CONDICIONES QUE  
NO CONSIDERE  
COMO UNA  
CALIDAD DE VIDA  
ACEPTABLE.

PUEDA MARCAR  
TANTOS DE ESTOS  
ELEMENTOS COMO  
DESEE O AÑADIR  
CONDICIONES  
ADICIONALES EN  
"OTRAS  
INSTRUCCIONES"  
EN LA PÁGINA  
SIGUIENTE.

### INSTRUCCIONES DE TRATAMIENTO

MARQUE LAS  
CASILLAS "SÍ" SI  
DESEA RECIBIR EL  
TRATAMIENTO.

MARQUE LAS  
CASILLAS "NO" SI  
NO DESEA RECIBIR  
EL TRATAMIENTO.

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

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente doy estas instrucciones individuales sobre cómo quiero que me traten mis médicos y otros proveedores de atención médica cuando ya no pueda tomar esas decisiones de tratamiento por mí mismo.

Quiero que mis médicos me ayuden a mantener una calidad de vida aceptable, incluido el manejo adecuado del dolor. No considero que las siguientes afecciones sean una calidad de vida aceptable:

**Afección de inconsciencia permanente:** Me vuelvo totalmente inconsciente de las personas o mis alrededores, con pocas posibilidades de despertar del coma.

**Confusión permanente:** Me vuelvo incapaz de recordar, entender o tomar decisiones. No reconozco a mis seres queridos o no puedo tener una conversación clara con ellos.

**Soy dependiente en todas las actividades de la vida diaria:** Ya no puedo hablar claramente o moverme por mí mismo. Dependo de los demás para alimentarme, bañarme, vestirme y caminar. La rehabilitación o cualquier otro tratamiento restaurador no ayudará.

**Enfermedades en etapa final:** Tengo una enfermedad que ha llegado a sus etapas finales a pesar del tratamiento completo. Ejemplos: Cáncer generalizado que ya no responde al tratamiento; enfermedad crónica o daño en corazón y pulmones, donde se necesita oxígeno la mayor parte del tiempo y las actividades son limitadas debido a una sensación de asfixia.

Si mi afección es irreversible, es decir, no mejorará, deseo que se proporcione un tratamiento médicamente apropiado como se indica a continuación. **Si marco "No" a continuación, autorizo la retención o el retiro de dicha atención:**

Sí  No **Resucitación cardiopulmonar (RCP):** Para hacer que el corazón vuelva a latir y restaurar la respiración después de que se haya detenido. Por lo general, esto implica descargas eléctricas, compresiones torácicas y asistencia respiratoria.

Sí  No **Soporte vital u otro soporte artificial:** Uso continuo de respiradores, fluidos intravenosos, medicamentos y otros equipos que ayudan a los pulmones, el corazón, los riñones y otros órganos a seguir funcionando.

Sí  No **Tratamiento de nuevas afecciones:** El uso de cirugía, transfusiones de sangre o antibióticos que tratarán una nueva afección, pero no ayudarán a la enfermedad principal.

Sí  No **Nutrientes y fluidos proporcionados de forma artificial:** Uso de sondas para suministrar alimentos y agua al estómago del paciente, o uso de líquidos intravenosos que incluiría la nutrición e hidratación administradas de forma artificial.

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS  
DE TENNESSEE - PÁGINA 3 DE 5**

**OTRAS INSTRUCCIONES**

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

ESTAS INSTRUCCIONES PUEDEN ABORDAR AÚN MÁS SUS PLANES DE ATENCIÓN MÉDICA, COMO SUS DESEOS CON RESPECTO AL TRATAMIENTO DE HOSPICIO, PERO TAMBIÉN PUEDEN ABORDAR OTROS ASUNTOS DE PLANIFICACIÓN ANTICIPADA, COMO SUS DESEOS PARA SU ENTIERRO.

ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO.

MARQUE LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES.

SI QUIERE LIMITAR SU DONACIÓN ANATÓMICA, INDIQUE LA LIMITACIÓN AQUÍ.

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

**Otras instrucciones (opcional):**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Donación de órganos (opcional)**

- Tras mi muerte, NO deseo hacer una donación anatómica.
- Tras mi muerte, deseo hacer la siguiente donación anatómica (por favor, marque una opción):
- Cualquier órgano  Todo mi cuerpo  Solo los siguientes órganos/tejidos:  
o tejido

---

---

---

---

---

---

---

---

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS  
DE TENNESSEE - PÁGINA 4 DE 5**

**FIRMA**

Su firma debe ser atestiguada por dos adultos competentes (opción A, abajo) o notariada (opción B, abajo). Si firma ante testigos, ninguno debe ser la persona que nombró como su agente y al menos uno de los testigos debe ser alguien que no esté relacionado con usted por sangre, matrimonio o adopción, ni tener derecho a ninguna parte de su patrimonio.

**OPCIÓN A: FIRMA CON TESTIGOS**

ESCRIBA SU NOMBRE  
EN LETRA DE  
IMPRESA.

\_\_\_\_\_  
Nombre del mandante (escriba en letra de imprenta)

FIRME Y FECHA  
SUS  
INSTRUCCIONES  
S  
ANTICIPADAS.

\_\_\_\_\_  
Firma del mandante Fecha  
(debe tener al menos 18 años o ser un menor emancipado)

Soy un adulto competente y no fui nombrado como agente del mandante. Fui testigo de la firma del mandante en este formulario.

FIRMA DEL  
TESTIGO 1

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo número 1 Fecha

FIRMA DEL TESTIGO  
2

Soy un adulto competente y no fui nombrado como agente del mandante. No estoy relacionado con el mandante por sangre, matrimonio o adopción, y no tengo derecho a ninguna parte del patrimonio del mandante al morir, según un testamento o codicilo existente o por efecto de la ley. Fui testigo de la firma del mandante en este formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo número 2 Fecha

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



**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS  
DE TENNESSEE - PÁGINA 5 DE 5**

**OPCIÓN B: FIRME ANTE UN NOTARIO**

ESCRIBA SU NOMBRE  
EN LETRA DE  
IMPRESA.

\_\_\_\_\_  
Nombre del mandante (escriba en letra de imprenta)

FIRME Y FECHÉ  
SUS  
INSTRUCCIONES  
ANTICIPADAS.

\_\_\_\_\_  
Firma del mandante

\_\_\_\_\_  
Fecha

ESTADO DE TENNESSEE

CONDADO DE \_\_\_\_\_

Soy notario público en y para el estado y el condado antes mencionados. La persona que firmó este instrumento es personalmente conocida por mí (o corroboré su identidad con pruebas satisfactorias) como la persona cuyo nombre se muestra arriba como el "mandante". El mandante se presentó personalmente ante mí y firmó arriba o reconoció la firma anterior como suya. Declaro bajo pena de perjurio que el mandante parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y bajo ninguna coacción, fraude o influencia indebida.

FIRME ANTE UN  
NOTARIO.

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

\_\_\_\_\_  
Firma del notario público