

# TEXAS

## 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 de los usuarios que tiene como propósito mejorar la atención y la experiencia del cuidado 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:

- Indicaciones para preparar sus instrucciones anticipadas. Lea todas las indicaciones.
- Formularios de instrucciones anticipadas específicos de su estado, que son las páginas con la barra gris de indicaciones 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 de cada estado, es conveniente que cuente con el documento específico de 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, quien solo podrá llenar la Parte I, el Poder notarial para atención médica para Texas.

#### **PASOS A SEGUIR**

1. Si lo desea, puede fotocopiar o imprimir un segundo juego de estos formularios antes de comenzar para que tenga una copia en limpio en caso de que deba iniciar de nuevo.
2. Cuando comience a llenar los formularios, diríjase a las barras grises de indicaciones, 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. También puede guardar una copia de los formularios en su historial clínico electrónico o en una aplicación, programa o servicio de historiales clínicos 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 anticipada de atención.

## **INTRODUCCIÓN A SUS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA PARA TEXAS**

Este paquete contiene un documento legal que protege su derecho a rechazar un tratamiento médico que no desea, o a solicitar un tratamiento que sí desea, en caso de que pierda la capacidad para tomar decisiones por sí mismo.

La **Parte I** es el **Poder notarial para atención médica para Texas**, que le permite nombrar a un mayor de edad, su "apoderado", para que tome decisiones sobre su atención médica, incluidas las decisiones sobre tratamientos de soporte vital si usted ya no puede hablar por sí mismo. El Poder notarial para atención médica es especialmente útil, ya que designa a alguien para que hable en su nombre siempre que usted no sea capaz de tomar sus propias decisiones médicas, no solo al final de la vida.

La **Parte II**, el documento de **Instrucciones a médicos y familiares o suplentes para Texas**, también llamado Instrucciones, es el testamento en vida de su estado. Le permite indicar sus deseos sobre la atención médica en caso de que desarrolle una condición terminal o irreversible y ya no pueda tomar sus propias decisiones médicas.

La **Parte III** es una **Explicación de términos** que se utilizan en este documento de instrucciones anticipadas.

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

Después del documento Instrucciones anticipadas para Texas se encuentra el **Formulario de Donación de Órganos**.

Usted puede llenar la Parte I, la Parte II o ambas en función de sus necesidades de planificación anticipada. **Debe llenar la Parte IV.**

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

La ley le brinda dos opciones: puede firmar su documento de instrucciones anticipadas o solicitar a otra persona que lo firme, en presencia de:

Opción 1: dos testigos mayores de edad, que también deberán firmar el documento. Al menos uno de los testigo **no podrá** ser:

- la persona que nombre como su apoderado;
- un pariente por consanguinidad o afinidad;
- su médico o un empleado de su médico;
- un empleado de un centro de atención médica en el que usted sea paciente (en caso de que participe en su atención);
- si usted es paciente o residente de un centro de atención médica, un funcionario, director, socio o empleado de la oficina comercial del centro de atención médica o de cualquier organización matriz del centro de atención médica;
- una persona con derecho a una parte de su patrimonio tras su fallecimiento, ya sea por testamento o por efecto de la ley, o
- cualquier otra persona que tenga un reclamo contra su patrimonio en el momento en que usted firme el Poder notarial para atención médica.

## U

Opción 2: un notario público

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

Su apoderado es la persona que usted designa para que tome decisiones sobre su atención médica en caso de que no sea capaz de tomar decisiones por sí mismo. Su apoderado podrá ser un familiar o un amigo cercano en quien confíe para que tome decisiones importantes. La persona que nombre como su apoderado 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 apoderado suplente. El suplente intervendrá si la primera persona que usted nombra como apoderado no es capaz, no está dispuesta o no está a su alcance actuar en su nombre.

La persona que designe como su apoderado **no podrá** ser:

- su médico u otro proveedor de atención médica tratante;
- un empleado de su proveedor de atención médica tratante que no tenga parentesco con usted;
- su proveedor de atención residencial, o
- un empleado de su proveedor de atención residencial que no tenga parentesco con usted.

### **¿Debo añadir indicaciones personales a mi documento de 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 apoderado y le comunica claramente lo que desea y lo que no desea, el apoderado se encuentra en la mejor posición para defenderle. Dado que el futuro es impredecible, tenga cuidado de no limitar involuntariamente la facultad de su apoderado para actuar en su mejor interés. Tenga especial cuidado con las palabras "siempre" y "nunca". En cualquier caso, asegúrese de hablar con su apoderado 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 apoderado?

Su **Poder notarial para atención médica para Texas** entra en vigor cuando su médico determina que usted ya no es capaz de comprender ni percibir la naturaleza ni las consecuencias de una decisión de tratamiento.

La Parte II, las **Instrucciones**, entran en vigor cuando el médico que le atiende certifica que usted tiene una condición terminal o irreversible.

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

## Limitaciones del apoderado

Su apoderado no tiene la potestad para aprobar servicios voluntarios de salud mental para pacientes hospitalizados, tratamiento convulsivo, psicocirugía, aborto, o su desatención mediante la omisión de cuidados destinados principalmente a proporcionarle comodidad.

Las instrucciones para suspender o retirar tratamientos de soporte vital de una paciente embarazada no tendrán efecto en conformidad con la ley de Texas. Su apoderado estará sujeto a las leyes vigentes en Texas en lo que respecta al embarazo y a la interrupción del embarazo.

## ¿Qué ocurre si cambio de opinión?

Puede revocar la Parte I, su Poder notarial para atención médica para Texas, en cualquier momento al:

- notificar su revocación a su apoderado, médico o proveedor de atención residencial (esto puede hacerse verbalmente, por escrito o mediante cualquier otro acto que demuestre su intención de revocar la potestad de su apoderado), o
- realizar otro poder notarial para atención médica.

Si usted designa a su cónyuge como apoderado, y su matrimonio se disuelve o se anula, la potestad de su apoderado se revoca automáticamente, salvo que su Poder notarial para atención médica para Texas estipule lo contrario.

Puede revocar la Parte II, sus Instrucciones anticipadas para Texas, en cualquier momento al:

- cancelar, rayar, borrar, quemar, romper o destruir de otra manera las instrucciones, o hacer que alguien destruya sus instrucciones bajo su dirección y en su presencia;
- firmar y fechar una revocación por escrito, o
- declarar verbalmente su intención de revocar las instrucciones anticipadas.

Usted o alguien que actúe en su nombre debe notificar la revocación a su médico.

## Temas de salud mental

Estos formularios no abordan *expresamente* las enfermedades mentales, aunque usted puede indicar sus deseos y otorgar potestad a su apoderado relacionada con temas de salud mental. La National Resource Center on Psychiatric Advance Directives 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 sobre un poder notarial permanente que se adapte a sus necesidades.

### **¿Qué otros datos 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 apoderado. 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 médica independiente, que suele denominarse "instrucciones de atención médica prehospitalarias" u "órdenes de no reanimación". Los formularios de no reanimación (Do Not Resuscitate, DNR) pueden obtenerse en el departamento de salud de su estado o en el departamento para adultos mayores (<https://www.hhs.gov/aging/state-resources/index.html>). Otro tipo de órdenes relacionadas con la RCP y otros tratamientos son las órdenes portables de tratamiento de soporte vital (Portable Orders for Life Sustaining Treatment, POLST) específicas del estado (<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 al llegar. Estas instrucciones indican al personal de ambulancias 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.

**PARTE I: Poder notarial para atención médica**

**Declaración informativa sobre el Poder notarial para atención médica**

INFORMACIÓN RELATIVA AL PODER NOTARIAL PARA ATENCIÓN MÉDICA  
ESTE ES UN DOCUMENTO LEGAL IMPORTANTE. ANTES DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO, DEBE CONOCER ESTOS DATOS IMPORTANTES:

Salvo que usted indique lo contrario, este documento otorga a la persona que usted nombra como su apoderado la potestad para tomar todas y cada una de las decisiones sobre la atención médica por usted de acuerdo con sus deseos, incluidas sus creencias religiosas y morales, cuando usted ya no sea capaz de tomarlas por sí mismo. Dado que, por "atención médica" se entiende cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar su afección física o mental, su apoderado tiene la facultad de tomar una amplio conjunto de decisiones de atención médica por usted. Su apoderado puede aprobar, negar la aprobación o retirar la aprobación de un tratamiento médico y puede tomar decisiones para retirar o suspender un tratamiento de soporte vital. Su apoderado no puede aprobar servicios voluntarios de salud mental para pacientes hospitalizados, tratamiento convulsivo, psicocirugía o aborto. Un médico debe cumplir las indicaciones de su apoderado o permitir que le transfieran a otro médico.

La potestad de su apoderado comienza cuando su médico certifica que usted carece de competencia para tomar decisiones sobre la atención médica.

Su apoderado está obligado a seguir sus indicaciones cuando tome decisiones en su nombre. Salvo que indique lo contrario, su apoderado tiene la misma potestad para tomar decisiones sobre su atención médica que la que usted tendría.

Es importante que analice este documento con su médico u otro proveedor de atención médica antes de firmarlo para asegurarse de que comprende la naturaleza y el conjunto de decisiones que pueden tomarse en su nombre. Si no cuenta con un médico, debe hablar con otra persona que conozca sobre estos temas y pueda responder sus preguntas. No necesita la asesoría de un abogado para llenar este documento, pero si hay algo en este documento que no entienda, debe pedirle a un abogado que se lo explique.

La persona que designe como apoderado debe ser alguien que conozca y en quien confíe. La persona debe tener 18 años o más o menor de 18 años a la que se le haya retirado la minoría de edad. Si designa a su proveedor de atención médica o residencial (por ejemplo, su médico o un empleado de una agencia de atención médica a domicilio, hospital, residencia para adultos mayores o centro de atención residencial, que no sea un familiar), esa persona tiene que elegir entre actuar como su apoderado o como su proveedor de atención médica o residencial; la ley no permite que una persona actúe como ambos al mismo tiempo.

DECLARACIÓN  
INFORMATIVA

## INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA TEXAS: PÁGINA 2 DE 14

---

Debe informar a la persona que designe que desea que sea su apoderado de atención médica. Debe analizar este documento con su apoderado y su médico y entregar a cada uno una copia firmada. Debe indicar en el propio documento las personas e instituciones que cuentan con copias firmadas.

Su apoderado no es responsable de las decisiones de atención médica que se toman de buena fe en su nombre.

Aunque haya firmado este documento, usted tiene derecho a tomar decisiones sobre la atención médica por sí mismo siempre y cuando sea capaz de hacerlo, y no se le podrá administrar o interrumpir un tratamiento contra de su voluntad. Usted tiene derecho a revocar la potestad otorgada a su apoderado al informar verbalmente o por escrito a su apoderado o a su proveedor de atención médica o residencial, o al realizar un poder notarial para atención médica sucesivo. Salvo que usted indique lo contrario, la designación de un cónyuge se anula en caso de divorcio.

Este documento no puede cambiarse ni modificarse. Si desea hacer cambios en el documento, debe hacer un documento completamente nuevo.

Si lo desea, puede designar a un apoderado suplente en caso de que su apoderado no esté dispuesto, no sea capaz o no sea elegible para actuar como su apoderado. Cualquier apoderado suplente que designe tiene la misma potestad para tomar decisiones de atención médica por usted.

ESTE PODER NOTARIAL NO ES VÁLIDO SALVO QUE:

- (1) LO FIRME Y RECONOZCA SU FIRMA ANTE UN NOTARIO PÚBLICO, O
- (2) LO FIRME EN PRESENCIA DE DOS TESTIGOS MAYORES DE EDAD COMPETENTES.

LAS SIGUIENTES PERSONAS NO PUEDEN ACTUAR COMO UNO DE LOS TESTIGOS:

- (1) la persona que haya designado como su apoderado;
- (2) una persona que tenga parentesco con usted por consanguinidad o afinidad;
- (3) una persona con derecho a una parte de su patrimonio tras su fallecimiento, ya sea por testamento o codicilo realizado por usted o por efecto de la ley;
- (4) el médico que le atiende;
- (5) un empleado del médico que le atiende;
- (6) un empleado del centro de atención médica en el que usted es paciente, si el empleado le brinda atención directa al paciente o es funcionario, director, socio o empleado de la oficina comercial del centro de atención médica o de cualquier organización matriz del centro de atención médica, o

DECLARACIÓN  
INFORMATIVA  
(CONTINUACIÓN)

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

## **INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA TEXAS: PÁGINA 3 DE 14**

---

(7) una persona que, en el momento de realizar este poder notarial, tenga un reclamo contra cualquier parte de su patrimonio tras su fallecimiento.

### **Reconocimiento de la Declaración informativa**

Firmo reconociendo que recibí, leí y entendí la declaración informativa que antecede antes de realizar el poder notarial para atención médica de este documento.

---

Firma

---

Fecha

---

Nombre con letra de imprenta

SI DESEA  
DESIGNAR UN  
APODERADO EN LA  
PARTE I, DEBE  
LEER Y  
COMPRENDER LA  
DECLARACIÓN  
INFORMATIVA Y  
FIRMAR Y FECHAR  
ESTA PARTE ANTES  
DE REALIZAR SUS  
INSTRUCCIONES  
ANTICIPADAS

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA TEXAS: PÁGINA 4 DE 14**

**PODER NOTARIAL PARA ATENCIÓN MÉDICA PARA TEXAS**

DESIGNACIÓN DE APODERADO DE ATENCIÓN MÉDICA.

Yo, \_\_\_\_\_, designo a:  
(nombre)

\_\_\_\_\_  
(nombre del apoderado)

\_\_\_\_\_  
(domicilio)

\_\_\_\_\_  
(número de teléfono de trabajo) (número de teléfono de casa)

como mi apoderado para que tome todas y cada una de las decisiones de atención médica por mí, salvo que yo indique lo contrario en este documento. Este poder notarial para atención médica entra en vigor si ya no estoy en condiciones de tomar mis propias decisiones de atención médica y este hecho es certificado por mi médico por escrito.

LAS LIMITACIONES A LA POTESTAD PARA TOMAR DE DECISIONES DE MI APODERADO SON LAS SIGUIENTES:

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

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, EL DOMICILIO Y LOS NÚMEROS DE TELÉFONO DE CASA Y TRABAJO DE SU APODERADO

AGREGUE INDICACIONES AQUÍ SOLO SI DESEA LIMITAR LA POTESTAD DE SU APODERADO

## INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA TEXAS: PÁGINA 5 DE 14

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, EL DOMICILIO Y LOS NÚMEROS DE TELÉFONO DE CASA Y TRABAJO DE SU PRIMER APODERADO SUPLENTE

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, EL DOMICILIO Y LOS NÚMEROS DE TELÉFONO DE CASA Y TRABAJO DE SU SEGUNDO APODERADO SUPLENTE

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA LA UBICACIÓN DEL DOCUMENTO ORIGINAL

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

### DESIGNACIÓN DEL APODERADO SUPLENTE.

(No está obligado a designar un apoderado suplente, aunque puede hacerlo. Un apoderado suplente puede tomar las mismas decisiones sobre la atención médica que el apoderado designado si este no es capaz o no está dispuesto a actuar como su apoderado. Si el apoderado designado es su cónyuge, la designación queda automáticamente revocada por ley si se disuelve su matrimonio).

Si la persona que designo como mi apoderado no es capaz o no está dispuesta a tomar decisiones sobre la atención médica por mí, designo a las siguientes personas para actuar como apoderado para que tomen decisiones de atención médica por mí según lo autorice este documento, las cuales actúan en el siguiente orden:

#### A. Primer apoderado suplente

\_\_\_\_\_  
(nombre del primer apoderado suplente)

\_\_\_\_\_  
(domicilio particular)

\_\_\_\_\_  
(número de teléfono de trabajo)      (número de teléfono de casa)

#### B. Segundo apoderado suplente

\_\_\_\_\_  
(nombre del segundo apoderado suplente)

\_\_\_\_\_  
(domicilio particular)

\_\_\_\_\_  
(número de teléfono de trabajo)      (número de teléfono de casa)

El original de este documento se conserva en: \_\_\_\_\_

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

## INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA TEXAS: PÁGINA 6 DE 14

---

Las siguientes personas o instituciones cuentan con copias firmadas:

Nombre: \_\_\_\_\_

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

Nombre: \_\_\_\_\_

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

### VIGENCIA.

Entiendo que este poder notarial existe de forma indefinida a partir de la fecha en que realizo este documento, salvo que establezca un plazo más corto o revoque el poder notarial. Si no estoy en condiciones de tomar mis propias decisiones sobre la atención médica cuando venza este poder notarial, la potestad que otorgué a mi apoderado seguirá existiendo hasta el momento en que yo esté en condiciones de tomar mis propias decisiones sobre la atención médica.

(SI CORRESPONDE) Este poder notarial termina en la fecha siguiente:

\_\_\_\_\_

### DESIGNACIONES ANTERIORES REVOCADAS.

Revoco cualquier poder notarial para atención médica anterior.

### RECONOCIMIENTO DE LA DECLARACIÓN INFORMATIVA.

Se me proporcionó una declaración informativa en la que se explica el efecto de este documento. Leí y entendí la información contenida en la declaración informativa, y firmé el reconocimiento de la página 2 de este formulario antes de realizar estas instrucciones anticipadas.

ESCRIBA CON  
LETRA DE  
IMPRESA LOS  
NOMBRES Y  
DOMICILIOS DE  
LAS PERSONAS O  
INSTITUCIONES A  
LAS QUE DESEA  
ENTREGAR COPIAS  
DE SUS  
INSTRUCCIONES  
ANTICIPADAS

FECHA DE  
VENCIMIENTO  
(EN SU CASO)

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

### PARTE II: Instrucciones para médicos y familiares o suplentes

#### Indicaciones para llenar este documento:

Este es un documento legal importante conocido como Instrucciones anticipadas. Está diseñado para ayudarle a comunicar sus deseos sobre el tratamiento médico en algún momento en el futuro cuando usted no sea capaz de dar a conocer sus deseos debido a una enfermedad o lesión. Estos deseos suelen basarse en valores personales. En particular, es posible que desee considerar los problemas o las dificultades del tratamiento que estaría dispuesto a aceptar a cambio de obtener un grado de beneficio si tuviera una enfermedad grave.

Es recomendable que hable de sus valores y deseos con su familia o con un interlocutor que elija, así como con su médico. Su médico, otro proveedor de atención médica o institución médica pueden proporcionarle diversos recursos para ayudarle a llenar sus instrucciones anticipadas. A continuación, se incluyen breves definiciones que pueden ayudarle en sus conversaciones y en la planificación anticipada. Escriba sus iniciales en las opciones de tratamiento que mejor reflejen sus preferencias personales. Proporcione una copia de sus instrucciones anticipadas a su médico, al hospital habitual y a su familia o interlocutor. Considere la posibilidad de hacer una revisión periódica de este documento. Al hacer la revisión periódica, usted puede asegurarse de que las instrucciones anticipadas sigan reflejando sus preferencias.

Además de estas instrucciones anticipadas, la ley de Texas contempla dos tipos de instrucciones más que pueden ser importantes durante una enfermedad grave. Se trata del Poder notarial para atención médica (Parte I) y la Orden de no reanimación fuera del hospital. Si lo desea, puede comentarlas con su médico, su familia, el representante del hospital u otros asesores. Si lo desea, también puede llenar un documento de instrucciones relacionado con la donación de órganos y tejidos.

INDICACIONES  
PARA EL  
DOCUMENTO DE  
INSTRUCCIONES  
ANTICIPADAS

**INSTRUCCIONES**

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE

ESCRIBA SUS INICIALES EN LA DECLARACIÓN QUE REFLEJA SUS DESEOS SOBRE EL TRATAMIENTO EN CASO DE UNA CONDICIÓN TERMINAL

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA OPCIÓN

ESCRIBA SUS INICIALES EN LA DECLARACIÓN QUE REFLEJA SUS DESEOS EN CASO DE UNA CONDICIÓN IRREVERSIBLE

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA OPCIÓN

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

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco que la mejor atención médica se basa en una relación de confianza y comunicación con mi médico. Mi médico y yo tomaremos juntos las decisiones sobre la atención médica siempre y cuando yo esté en pleno uso de mis facultades mentales y sea capaz de dar a conocer mis deseos. Si llega un momento en que no sea capaz de tomar decisiones médicas sobre mí mismo debido a una enfermedad o lesión, doy instrucciones para que se respeten las siguientes preferencias de tratamiento:

Si, a juicio de mi médico, padezco una condición terminal de la que se espera que fallezca en un plazo de seis meses, incluso con tratamiento de soporte vital disponible proporcionado de acuerdo con las normas de atención médica vigentes:

\_\_\_\_\_ Solicito que se interrumpan o suspendan todos los tratamientos que no sean los necesarios para mantenerme cómodo y que mi médico me permita fallecer de la manera más humana posible, O

\_\_\_\_\_ Solicito que se me mantenga con vida en esta condición terminal utilizando el tratamiento de soporte vital disponible. (ESTA SELECCIÓN NO SE APLICA A LOS CUIDADOS PALIATIVOS)

Si, a juicio de mi médico, padezco una enfermedad irreversible que me impide cuidar de mí mismo o tomar decisiones por mí mismo y se espera que fallezca sin un tratamiento de soporte vital proporcionado de acuerdo con las normas de atención vigentes:

\_\_\_\_\_ Solicito que se interrumpan o suspendan todos los tratamientos que no sean los necesarios para mantenerme cómodo y que mi médico me permita fallecer de la manera más humana posible, O

\_\_\_\_\_ Solicito que se me mantenga con vida en esta condición irreversible utilizando el tratamiento de soporte vital disponible. (ESTA SELECCIÓN NO SE APLICA A LOS CUIDADOS DE HOSPICIO)



## **INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA TEXAS: PÁGINA 10 DE 14**

---

Después de firmar estas instrucciones, si mi representante o yo elegimos los cuidados de hospicio, entiendo y acepto que solo se me proporcionarían los tratamientos necesarios para mantenerme cómodo y no se me administrarían los tratamientos de soporte vital disponibles.

DESIGNACIÓN DE  
UN INTERLOCUTOR

SI LLENÓ UN PODER  
NOTARIAL PARA  
ASISTENCIA  
MÉDICA (PARTE I)  
NO LLENE ESTA  
SECCIÓN

Si no cuento con un Poder notarial para atención médica o no he llenado la Parte I y no soy capaz de dar a conocer mis deseos, designo a la(s) siguiente(s) persona(s) para que tome(n) decisiones de tratamiento con mi médico compatibles con mis valores personales:

1. \_\_\_\_\_  
(nombre de la persona)
2. \_\_\_\_\_  
(nombre de la segunda persona)

(SI SE REALIZÓ UN PODER NOTARIAL PARA ATENCIÓN MÉDICA COMO EL DE LA PARTE I, ENTONCES SE HA NOMBRADO A UN APODERADO Y NO DEBE INDICAR NOMBRES ADICIONALES EN ESTA PARTE).

Si no está al alcance de las personas arriba mencionadas, o si no he designado un interlocutor, entiendo que elegiré un interlocutor siguiendo las normas establecidas en las leyes de Texas. Si, a juicio de mi médico, mi fallecimiento es inminente en cuestión de minutos a horas, incluso con el uso de todo el tratamiento médico disponible proporcionado dentro de las normas de atención vigentes, confirmo que todos los tratamientos pueden ser suspendidos o retirados excepto aquellos necesarios para mantener mi comodidad. Entiendo que, de conformidad con las leyes de Texas, estas instrucciones no tienen efecto si tengo un diagnóstico de embarazo. Estas instrucciones permanecerán en vigor hasta que yo las revoque. Ninguna otra persona podrá hacerlo.

EXPLICACIÓN DE  
TÉRMINOS  
IMPORTANTES

SI NO COMPRENDE  
ESTOS TÉRMINOS,  
O CUALQUIER  
OTRA PARTE DE  
ESTAS  
INSTRUCCIONES  
ANTICIPADAS,  
DEBE PEDIRLE A  
UN ABOGADO QUE  
SE LOS EXPLIQUE

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

### **PARTE III: Explicación de términos**

“NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIAL” se refiere al suministro de nutrientes o líquidos mediante una sonda insertada en una vena, bajo la piel en los tejidos subcutáneos o en el estómago (tracto gastrointestinal).

“CONDICIÓN IRREVERSIBLE” se refiere a una condición, lesión o enfermedad:

1. que puede tratarse, pero nunca curarse o eliminarse;
2. que deja a la persona incapacitada para cuidar de sí misma o para tomar decisiones por sí misma, y
3. que, sin un tratamiento de soporte vital proporcionado de acuerdo con las normas de atención médica vigentes, es mortal.

EXPLICACIÓN: Diversas enfermedades graves, como el cáncer, la insuficiencia de órganos importantes (riñón, corazón, hígado o pulmón) y enfermedades cerebrales graves, como la demencia de Alzheimer, pueden considerarse irreversibles en una fase temprana. No hay cura, pero el paciente puede mantenerse con vida durante periodos prolongados si recibe tratamientos de soporte vital. En el transcurso de la misma enfermedad, esta puede considerarse terminal cuando, incluso con tratamiento, se espera que el paciente fallezca. Quizá desee considerar los obstáculos del tratamiento que estaría dispuesto a aceptar en un esfuerzo por lograr un resultado determinado. Se trata de una decisión muy personal que quizá desee comentar con su médico, su familia u otras personas importantes en su vida.

“TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL” se refiere al tratamiento que, con base en un criterio médico razonable, mantiene la vida de un paciente y sin el cual el paciente fallecería. El término incluye tanto los medicamentos de soporte vital como el soporte vital artificial, como los respiradores mecánicos, el tratamiento de diálisis renal y la hidratación y nutrición artificiales. El término no incluye la administración de medicamentos para el control del dolor, la realización de un procedimiento médico necesario para proporcionar cuidados paliativos, o cualquier otro cuidado médico proporcionado para aliviar el dolor de un paciente.

“CONDICIÓN TERMINAL” se refiere a una condición incurable causada por una lesión, enfermedad o trastorno que, de acuerdo con un criterio médico razonable, conducirá al fallecimiento en un plazo de seis meses, incluso con el tratamiento de soporte vital disponible proporcionado de acuerdo con las normas de atención médica vigentes.

EXPLICACIÓN: Diversas enfermedades graves pueden considerarse irreversibles en una fase temprana de la enfermedad, pero pueden no considerarse terminales hasta que la enfermedad está muy avanzada. Al plantear la enfermedad terminal y su tratamiento, quizá desee considerar nuevamente los beneficios y los obstáculos relativos del tratamiento y hablar sobre sus deseos con su médico, familia u otras personas importantes en su vida.

**PARTE IV: APLICACIÓN**

Este documento de Instrucciones anticipadas no será válido salvo que ESTÉ:

(A) Firmado por dos (2) testigos mayores de edad que estén presentes cuando usted firme o reconozca su firma.

Dos testigos mayores de edad competentes deben firmar como testigos, reconociendo la firma del declarante.

El Testigo 1 no puede ser una persona designada para tomar una decisión de tratamiento por usted y no puede tener parentesco con usted por consanguinidad o afinidad. Este testigo no puede tener derecho a ninguna parte de su patrimonio y no puede tener una reclamo contra su patrimonio. Este testigo no puede ser el médico que le atiende ni un empleado del médico que le atiende. Si este testigo es un empleado de un centro de atención médica donde le atienden, este testigo no puede participar en su atención directa al paciente. Este testigo no puede ser funcionario, director, socio o empleado de la oficina comercial de un centro de atención médica donde le atienden o de cualquier organización matriz del centro de atención médica.

Cualquier persona mayor de edad competente puede firmar como Testigo 2.

(Si decide firmar sus instrucciones anticipadas en presencia de testigos, utilice la opción n.º 1, a continuación).

O

(B) Atestiguada por un notario.

(Si decide firmar sus instrucciones anticipadas ante notario, utilice la opción n.º 2, a continuación).

**NOTA: SI LLENÓ LA PARTE I, DEBE FIRMAR EL RECONOCIMIENTO DE LA PÁGINA 3 INDICANDO QUE LEYÓ Y ENTENDIÓ LA DECLARACIÓN INFORMATIVA DE LAS PÁGINAS 1 A LA 3 ANTES DE REALIZAR ESTE DOCUMENTO.**

SI DECIDE FIRMAR  
SUS  
INSTRUCCIONES  
ANTICIPADAS EN  
PRESENCIA DE  
TESTIGOS,  
UTILICE LA  
OPCIÓN N.º 1, A  
CONTINUACIÓN  
(PÁGINA 18)

SI DECIDE FIRMAR  
SUS  
INSTRUCCIONES  
ANTICIPADAS  
ANTE NOTARIO,  
UTILICE LA  
OPCIÓN N.º 2, A  
CONTINUACIÓN  
(PÁGINA 19)

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

**Opción n.º 1: Firmar en presencia de testigos**

FIRME Y FECHÉ SUS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

\_\_\_\_\_  
(firma)

\_\_\_\_\_  
(fecha)

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE

\_\_\_\_\_  
(nombre con letra de imprenta)

**TESTIGOS**

**Testigo n.º 1**

No soy la persona designada como apoderado en este documento. No tengo parentesco con el poderdante ni por consanguinidad ni por afinidad. No tengo derecho a ninguna parte del patrimonio del poderdante en caso de fallecimiento del poderdante. No soy el médico que atiende al poderdante ni empleado del médico que atiende al poderdante. No tengo ningún reclamo contra ninguna parte del patrimonio del poderdante en caso de fallecimiento del poderdante. Además, si soy un empleado de un centro de atención médica en el que el poderdante es paciente, no participo en la atención directa al paciente del poderdante y no soy funcionario, director, socio o empleado de la oficina comercial del centro de atención médica ni de ninguna organización matriz del centro de atención médica.

AL MENOS UN TESTIGO DEBE CUMPLIR ESTOS REQUISITOS Y FIRMAR COMO TESTIGO 1

SUS TESTIGOS DEBEN FIRMAR, FECHAR Y ESCRIBIR CON LETRA DE IMPRENTA SUS NOMBRES AQUÍ

\_\_\_\_\_  
(firma del Testigo 1)

\_\_\_\_\_  
(fecha)

\_\_\_\_\_  
(nombre con letra de imprenta del Testigo 1)

**Testigo n.º 2**

CUALQUIER PERSONA MAYOR DE EDAD COMPETENTE PUEDE FIRMAR COMO TESTIGO 2

\_\_\_\_\_  
(firma del Testigo 2)

\_\_\_\_\_  
(fecha)

\_\_\_\_\_  
(nombre con letra de imprenta del Testigo 2)

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA TEXAS: PÁGINA 14 DE 14**

**Opción n.º 2: Firmar ante notario público**

FIRME Y FECHÉ SUS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

\_\_\_\_\_  
(firma) (fecha)

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE

\_\_\_\_\_  
(nombre con letra de imprenta)

Estado de Texas, )  
 ) a saber.  
Condado de \_\_\_\_\_)

UN NOTARIO PÚBLICO DEBE LLENAR ESTA SECCIÓN DE SU DOCUMENTO

En este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, ante mí,  
\_\_\_\_\_, un notario público en  
el Condado de \_\_\_\_\_, personalmente  
compareció \_\_\_\_\_, de quien se sabe que  
es la misma persona cuyo nombre figura arriba, y declaro que se encuentra en  
pleno uso de sus facultades mentales y no está bajo coacción o influencia indebida,  
que reconoce que la realización del mismo es su acto y hecho voluntario.

Doy fe con mi firma y sello notarial en \_\_\_\_\_  
en dicho condado el día y año arriba indicados.

SELLO

\_\_\_\_\_  
firma del notario público

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

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

**FORMULARIO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS PARA TEXAS:  
PÁGINA 1 DE 1**

DONACIÓN DE  
ÓRGANOS  
(OPCIONAL)

ESCRIBA SUS  
INICIALES EN LA  
OPCIÓN QUE  
REFLEJE SUS  
DESEOS

AGREGUE EL  
NOMBRE O LA  
INSTITUCIÓN (SI  
CORRESPONDE)

ESCRIBA CON LETRA  
DE IMPRENTA SU  
NOMBRE, FIRME Y  
FECHE EL  
DOCUMENTO

SUS TESTIGOS  
DEBEN FIRMAR Y  
ESCRIBIR CON  
LETRA DE IMPRENTA  
SUS DOMICILIOS

AL MENOS UN  
TESTIGO DEBE  
SER UNA PARTE  
IMPARCIAL

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

Escriba sus iniciales en la línea correspondiente a la declaración que mejor refleje sus deseos. No tiene que escribir sus iniciales en ninguna de las declaraciones. Si no escribe sus iniciales en ninguna de las declaraciones, su abogado para la atención médica, representante u otro agente, o su familia, pueden tener la potestad para hacer una donación de todo o parte de su cuerpo conforme a la ley de Texas.

\_\_\_\_\_ No deseo hacer una donación de órganos o tejidos y no deseo que mi abogado para la atención médica, representante u otro agente o mi familia lo hagan.

\_\_\_\_\_ Ya firmé un acuerdo escrito o tarjeta de donante en respecto a la donación de órganos y tejidos con la siguiente persona o institución:

Nombre de la persona/institución: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ De conformidad con la ley de Texas, por la presente dono, efectivo a mi fallecimiento:

\_\_\_\_\_ Cualquier órgano o partes necesarios.

\_\_\_\_\_ La siguiente parte u órganos que se indican a continuación:

\_\_\_\_\_

Para (escriba sus iniciales en una opción):

\_\_\_\_\_ Cualquier fin legalmente autorizado.

\_\_\_\_\_ Únicamente con fines terapéuticos o de trasplante.

Nombre del Declarante: \_\_\_\_\_

Firma del Declarante: \_\_\_\_\_, Fecha: \_\_\_\_\_

El declarante firmó voluntariamente o dio instrucciones a otra persona para que firmara este escrito en mi presencia.

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Soy parte imparcial con respecto al declarante y a su donación y patrimonio. El declarante firmó voluntariamente o dio instrucciones a otra persona para que firmara este escrito en mi presencia.

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_