WASHINGTON
Instrucciones anticipadas
Planificación de las decisiones importantes de atención médica

Cortesía de CaringInfo
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:

- 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.

Copyright © 2005 National Alliance for Care at Home. Todos los derechos reservados. Revisado en 2023. La reproducción y distribución por parte de una organización o grupo organizado sin el permiso escrito de la National Alliance for Care at Home está expresamente prohibida.

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 WASHINGTON

Este paquete contiene las **Instrucciones Anticipadas de Washington**, que protegen 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: Poder notarial duradero para la atención médica de Washington** le permite nombrar a alguien como su "apoderado" a fin de que tome decisiones sobre su atención médica, incluidas las decisiones sobre soporte vital, si ya no puede hablar por sí mismo. Es especialmente útil porque nombra a alguien para que hable por usted en cualquier momento en que no pueda tomar sus propias decisiones de atención médica, no solo al final de la vida.

La **Parte II**, **Declaración de Washington**, le permite expresar sus deseos acerca de la atención médica en caso de que no pueda hablar por usted mismo y desarrolle una afección terminal o esté permanentemente inconsciente.

La **Parte III** le permite registrar sus deseos de donación de órganos y tejidos.

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

Puede completar la Parte I, la Parte II, la Parte III, una o todas las partes, dependiendo de sus necesidades de planificación anticipada. **Debe completar la Parte IV**.

¿Cómo puedo hacer legales mis instrucciones anticipadas para la atención médica de Washington?

Si completa la Parte II o la Parte III, debe:

Opción 1: firmar en presencia de dos testigos mayores de edad. Sus testigos **no pueden** ser:

- estar relacionados con usted,
- tener derecho a cualquier parte de su patrimonio,
- ser personas que tengan una demanda sobre su patrimonio, o
- ser el médico tratante del declarante, un empleado del médico tratante ni un empleado del centro de salud en el que usted es paciente.

Además, si completó la Parte III, uno de sus testigos también debe estar desinteresado con respecto a cualquier donación anatómica que haga (es decir, no estar interesado en recibir sus órganos).

Opción 2: firme y reconozca su documento ante un notario público u otra persona autorizada por la ley para tomar reconocimientos.
No hay requisitos específicos para ser testigo si SOLO completa la Parte I. Sin embargo, debe considerar que su firma sea presenciada de la misma manera para evitar cualquier problema en caso de que se cuestionen sus instrucciones anticipadas.

¿A quién debo nombrar como mi apoderado?

Su apoderado 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 apoderado puede ser un miembro de la familia o un amigo cercano en quien usted confía para tomar decisiones importantes. La persona que usted nombre 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 apoderado suplente. Un suplente intervendrá si la persona que usted nombró como su apoderado no puede, no quiere o no está disponible para actuar en su nombre.

La persona que usted nombre como su apoderado **no puede** ser:

- su médico,
- un empleado de su médico, o
- un administrador, propietario o empleado de un centro de atención médica en el que usted es paciente en el momento en que firma sus instrucciones anticipadas.

Sin embargo, usted puede nombrar a cualquiera de las personas antes mencionadas si él o ella también es su cónyuge, pareja doméstica registrada por el estado, hijo(a) mayor de edad, hermano o hermana.

¿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?

La Parte I, **Poder notarial duradero para la atención médica de Washington**, entra en vigor cuando su médico y otro médico determinan que usted ya no es capaz de tomar o comunicar sus decisiones de atención médica.

La Parte II, **Declaración de Washington**, entra en vigor cuando su médico y otro médico determinan que usted ya no es capaz de tomar o comunicar sus decisiones de atención médica y le diagnostican por escrito con una afección terminal o como permanentemente inconsciente.

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

Si usted está embarazada y su médico sabe de su embarazo, sus instrucciones anticipadas no tendrán efecto o vigencia durante el transcurso de su embarazo, y su agente estará obligado por las leyes actuales de Washington en lo que respecta al embarazo y la interrupción del embarazo.

¿Qué pasa si cambio de opinión?

Usted puede revocar sus instrucciones anticipadas para la atención médica en cualquier momento al:

- cancelar, eliminar, romper, quemar, rasgar o destruir físicamente sus instrucciones o hacer que otra persona las destruya por usted bajo su dirección y en su presencia,
- formalizar una revocación por escrito y con fecha, o
- expresar de forma verbal su intención de revocar sus instrucciones.

Su revocación entra en vigor cuando se la comunica a su médico tratante y a su apoderado, si nombró a uno.

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 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.

Nota: Si usted registró instrucciones anticipadas en el Registro de testamento en vida del estado de Washington antes del 1.º de julio de 2011, deberá notificar al registro si hace cambios o revoca esas instrucciones anticipadas. El Registro de testamento en vida del estado de Washington se cerró el 1.º de julio de 2011, pero aún puede acceder a sus instrucciones anticipadas si las presentó antes de esa fecha en http:www.uslivingwillregistry.com.

PARTE I. Poder notarial duradero para la atención médica

Entiendo que mis deseos expresados en mis instrucciones anticipadas pueden no abarcar todos los aspectos posibles de mi cuidado si quedo incapacitado. En consecuencia, puede ser necesario que alguien acepte o rechace la intervención médica en mi nombre, en consulta con mi médico.

ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA.

Por lo tanto, yo,

_____,

como mandante, designo y nombro a las personas mencionadas a continuación como mis apoderados para las decisiones de atención médica.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DE SU PRIMERA OPCIÓN PARA QUE ACTÚE COMO SU APODERADO.

Primera opción: Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/estado/código postal: _____

_____

Número de teléfono: _____

Si la persona anterior no puede, no está disponible o no está dispuesta a cumplir su función, designo a:

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DE SU SEGUNDA OPCIÓN PARA QUE ACTÚE COMO SU APODERADO.

Segunda opción: Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/estado/código postal: _____

_____

Número de teléfono: _____

1. Este poder notarial entrará en vigor al momento de mi incapacidad para tomar mis propias decisiones de atención médica, según lo determinen mi médico tratante y otro médico, y continuará mientras dure la incapacidad o hasta que la revoque, lo que ocurra primero.

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

TACHE Y ESCRIBA SUS INICIALES EN CUALQUIER DECLARACIÓN CON LA QUE NO ESTÉ DE ACUERDO.

2. Mi apoderado tendrá todos los poderes necesarios para tomar decisiones sobre mi atención médica en mi nombre. Estos poderes incluirán, entre otros, el poder de obtener expedientes médicos con el fin de tomar una decisión plenamente informada, el poder de que me admitan en un centro de atención médica, y el poder de ordenar la retención o el retiro del tratamiento de soporte vital, así como la nutrición e hidratación proporcionados de manera artificial. La existencia de este poder notarial duradero para la atención médica no tendrá ningún efecto sobre la validez de cualquier otro poder notarial para otros fines que haya ejecutado o pueda ejecutar en el futuro.

3. Los poderes de mi apoderado sobrevivirán a mi muerte en la medida en que mi apoderado tendrá todos los poderes necesarios para dirigir la donación de mis órganos y la disposición final de mis restos.

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 O LA DONACIÓN DE ÓRGANOS.

4. En caso de que se inicie un procedimiento para nombrar un tutor de mi persona, según el Código Revisado de Washington (Revised Code of Washington, RCW) 11.88, nomino a la persona designada como mi primera opción (en la página 1) para que actúe como mi tutor. Mi segunda opción (en la página 1) actuará como mi tutor si la primera persona no puede o no quiere hacerlo.

5. Al tomar decisiones de atención médica por mí, mi apoderado debe pensar en qué acción sería consistente con las conversaciones anteriores que hemos tenido, mis preferencias de tratamiento, según se declara en esta o cualquier otra expresión clara de mis deseos, creencias y valores religiosos, o de otro tipo, y cómo he manejado temas médicos y otras situaciones importantes en el pasado. Si lo que yo pudiera decidir todavía no está claro, entonces, mi apoderado deberá tomar decisiones por mí que considere que son en mi mejor interés, tomando en cuenta los beneficios, cargas y riesgos de mis circunstancias actuales y opciones de tratamiento.

6. Doy las siguientes instrucciones adicionales como orientación para mi apoderado:

_____

_____

_____

_____

ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO.

(Adjunte páginas adicionales si es necesario).

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

ESCRIBA LA FECHA EN LETRA DE IMPRENTA.

ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA.

TACHE Y ESCRIBA SUS INICIALES EN CUALQUIER DECLARACIÓN CON LA QUE NO ESTÉ DE ACUERDO.

ESCRIBA SUS INICIALES EN SUS DESEOS SOBRE LA NUTRICIÓN Y LA HIDRATACIÓN ARTIFICIALES.

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

PARTE II. Declaración

Instrucciones hechas este ____día de _____, _____.
(fecha) *(mes)* *(año)*

Yo, _____,
(nombre)

estando en plena capacidad para tomar decisiones de atención médica, deliberada y voluntariamente expreso que no deseo prolongar mi vida de forma artificial bajo las circunstancias indicadas a continuación, y declaro por la presente que:

(a) Si en algún momento mi médico tratante diagnostica por escrito que padezco una afección terminal o dos médicos diagnostican que estaré inconsciente de forma permanente, y la aplicación de un tratamiento de soporte vital solo serviría para prolongar de manera artificial el proceso de mi muerte, ordeno que dicho tratamiento se retenga o retire, y que se me permita morir naturalmente. Al usar este formulario, entiendo que una afección terminal significa una afección incurable e irreversible causada por una lesión, enfermedad o padecimiento que, a juicio médico razonable, causaría la muerte dentro de un periodo de tiempo razonable, de acuerdo con las normas médicas aceptadas, y donde la aplicación de un tratamiento de soporte vital solo serviría para prolongar el proceso de muerte. Además, al usar este formulario, entiendo que el estado de inconsciencia permanente significa una afección incurable e irreversible en la que me evalúan médicamente, dentro de un juicio médico razonable, como alguien que no tiene ninguna probabilidad razonable de recuperación de un coma irreversible o un estado vegetativo persistente.

(b) Si no pudiera dar indicaciones con respecto al uso de dichos tratamientos de soporte vital, es mi intención que estas instrucciones sean honradas por mi familia y médicos, como la expresión final de mi derecho legal a rechazar tratamiento médico o quirúrgico, así como aceptar las consecuencias de tal rechazo. Si otra persona es nombrada para tomar estas decisiones por mí,
ya sea a través de un poder notarial duradero o de otro modo, pido que la persona se guíe por estas instrucciones y cualquier otra expresión clara de mis deseos.

(c) Si me diagnostican una afección terminal o un estado de inconsciencia permanente (escriba sus iniciales en una):

_____ QUIERO que me proporcionen nutrición e hidratación artificiales.

_____ NO QUIERO que me proporcionen nutrición e hidratación artificiales.

TACHE Y ESCRIBA SUS INICIALES EN CUALQUIER DECLARACIÓN CON LA QUE NO ESTÉ DE ACUERDO.

(d) Si se diagnostica que estoy embarazada y ese diagnóstico es conocido por mi médico tratante, estas instrucciones anticipadas no tendrán vigencia ni efecto durante mi embarazo.

(e) Antes de firmar estas instrucciones, entiendo que puedo añadir, eliminar o cambiar la redacción de estas instrucciones, y que puedo agregar o eliminar instrucciones en cualquier momento, y que, para que cualquier cambio sea legalmente válido, deberá ser consistente con la ley estatal de Washington o la ley constitucional federal.

(f) Deseo que todas las partes de estas instrucciones se apliquen en su totalidad. Si por alguna razón alguna parte se considera inválida, deseo que se apliquen el resto de mis instrucciones.

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

(g) Doy las siguientes instrucciones adicionales con respecto a mi 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.

(Adjunte páginas adicionales si es necesario).

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

PARTE III. Donación de órganos

ESCRIBA SUS INICIALES SOLO EN UNA.

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 apoderado, otro agente o miembro de su familia puede tener la potestad para hacer una donación de todo o parte de su cuerpo.

_____No quiero hacer una donación de órganos ni tejidos y no quiero que mi apoderado, otro agente o 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 del estado de Washington, por la

presente dono a partir
de mi muerte (escriba sus iniciales en una opción):

ESCRIBA SUS INICIALES EN LAS DECLARACIONES QUE CORRESPONDAN A SUS DESEOS.

_____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.

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

PARTE IV. Ejecución de la alternativa n.º 1: firme ante 2 testigos

FIRME, FECHE Y ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE Y CIUDAD, CONDADO Y ESTADO DE RESIDENCIA.

Entiendo en su totalidad la importancia de estas instrucciones, y estoy emocional y mentalmente competente para tomar las decisiones de atención médica que se incluyen en las mismas. También entiendo que puedo cambiar o revocar toda o parte de estas instrucciones en cualquier momento.

Firmado: _____Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Ciudad, condado y estado de residencia:
_____

SI COMPLETÓ LA PARTE II O III, DOS TESTIGOS DEBEN FIRMAR, FECHAR Y ESCRIBIR EN LETRA DE IMPRENTA SUS NOMBRES AQUÍ.

El declarante, que firmó las instrucciones anteriores, es personalmente conocido por mí o ha proporcionado pruebas de identidad, y lo considero capaz de tomar decisiones de atención médica. Estoy de acuerdo en que no estoy relacionado con el declarante por sangre o matrimonio; el declarante ha señalado que no me menciona en su testamento y no tendré derecho a ninguna parte del patrimonio del declarante tras su fallecimiento, bajo ningún testamento existente del declarante al momento de la ejecución de las instrucciones anteriores. Además, no soy el médico tratante, un empleado del médico tratante ni un centro de atención médica en el que el declarante es paciente, ni una persona que tenga una demanda contra cualquier parte del patrimonio del declarante al momento de la ejecución de las instrucciones anteriores.

Testigo 1:
_____Fecha:_____

Nombre en letra de imprenta:
_____

SI COMPLETÓ LA PARTE III, UN TESTIGO TAMBIÉN DEBE FIRMAR AQUÍ.

Testigo 2:
_____Fecha:_____

Nombre en letra de imprenta:
_____

Además, atestiguo que no me interesa ninguna donación anatómica que haga el declarante.
Testigo

desinteresado:_____

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

FIRME, FECHE Y ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE Y CIUDAD, CONDADO Y ESTADO DE RESIDENCIA.

EL NOTARIO PÚBLICO DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN SOLO SI USTED NO PUDO HACER QUE 2 TESTIGOS FIRMARAN EL DOCUMENTO.

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

Alternativa n.º 2: firme ante un notario público

Entiendo en su totalidad la importancia de estas instrucciones, y estoy emocional y mentalmente competente para tomar las decisiones de atención médica que se incluyen en las mismas. También entiendo que puedo cambiar o revocar toda o parte de estas instrucciones en cualquier momento.

Firmado:
_____Fecha_____

Nombre en letra de imprenta:
_____

Ciudad, condado y estado de residencia:
_____

El declarante, que firmó las instrucciones anteriores, es personalmente conocido por mí o ha proporcionado pruebas de identidad, y lo considero capaz de tomar decisiones de atención médica. Estoy de acuerdo en que no estoy relacionado con el declarante por sangre o matrimonio; el declarante ha señalado que no me menciona en su testamento y no tendré derecho a ninguna parte del patrimonio del declarante tras su fallecimiento, bajo ningún testamento existente del declarante al momento de la ejecución de las instrucciones anteriores. Además, no soy el médico tratante, un empleado del médico tratante ni un centro de atención médica en el que el declarante es paciente, ni una persona que tenga una demanda contra cualquier parte del patrimonio del declarante al momento de la ejecución de las instrucciones anteriores.

SELLO NOTARIAL:_____

Fecha:_____

Nombre en letra de imprenta:_____