

# WYOMING

## 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 WYOMING**

Este paquete contiene un documento legal, las **Instrucciones anticipadas para la atención médica de Wyoming**, 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 1, el Poder notarial para la atención médica de Wyoming**, le permite nombrar a alguien, llamado su "agente", a fin de que tome decisiones sobre su atención médica, incluidas las decisiones sobre soporte vital, si ya no puede hablar por sí mismo, o de inmediato, si lo especifica en su documento. El poder notarial para la atención médica es especialmente útil porque nombra a alguien para que hable por usted en cualquier momento en el que no tenga la capacidad de tomar sus propias decisiones de atención médica, no solo al final de la vida.

La **Parte 2, las Instrucciones para la atención médica de Wyoming**, funciona como su testamento en vida para su estado. Le permite expresar sus deseos sobre la atención médica en caso de que no tenga la capacidad de tomar sus propias decisiones de atención médica.

La **Parte 3, Donación de órganos tras la muerte**, es una sección opcional que autoriza la donación de sus órganos al morir.

La **Parte 4, Médico principal**, es una sección opcional que le permite nombrar a su médico principal.

La **Parte 5, Cumplimiento**, contiene las disposiciones de firma y testigos para que sus instrucciones anticipadas para la atención médica sean válidas.

Debe completar la Parte 1, la Parte 2 o ambas, dependiendo de sus necesidades de planificación anticipada, a fin de que sus instrucciones anticipadas para la atención médica sean válidas. La Parte 3 y la Parte 4 son opcionales. **Debe completar la Parte 5.**

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

Debe firmar y fechar sus instrucciones anticipadas o pedirle a alguien que lo haga por usted si

no puede firmarlas usted mismo. Su firma debe ser atestiguada por un notario público o por dos testigos. Si firma ante testigos, estos no pueden ser:

- su proveedor de atención médica tratante o un empleado del proveedor;
- su agente, si nombra a uno;
- el operador de un centro de atención comunitario o un empleado del operador o centro;
- el operador de un centro de atención residencial o un empleado del operador o centro.

### **¿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.

Su agente no puede ser un propietario, operador o empleado de un centro de atención residencial o comunitario en el que usted recibe atención, a menos que la persona esté relacionada con usted por sangre, matrimonio o adopción.

### **¿Debo añadir instrucciones personales a mis instrucciones anticipadas para la atención médica?**

¡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?**

A menos que la haga entrar en vigor de inmediato, la Parte 1, su **Poder notarial para la atención médica**, entra en vigor cuando su médico certifica por escrito que usted no tiene la capacidad de comprender los beneficios, riesgos y alternativas significativos de la atención médica propuesta, ni tomar y comunicar sus decisiones de atención médica.

La Parte 2, sus **Instrucciones para la atención médica**, entra en vigor cuando su médico determina que usted no tiene la capacidad de tomar decisiones 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 Wyoming relacionadas con el embarazo y la interrupción de embarazos.

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

Siempre que tenga la capacidad para tomar sus propias decisiones, puede revocar la totalidad o parte de sus instrucciones anticipadas para la atención médica, con excepción del nombramiento de un agente en la Parte I, en cualquier momento y de cualquier manera en la que comunique su intención de revocarlas. Cualquier revocación verbal debe, tan pronto como sea posible después de la revocación, documentarse por escrito, firmarse y fecharse. Puede revocar el nombramiento de su agente (en la Parte I) solo mediante un escrito firmado y fechado, y solo mientras tenga la capacidad para tomar sus propias decisiones.

Un decreto de anulación, divorcio, disolución del matrimonio o separación legal revoca el nombramiento de su cónyuge como agente, a menos que especifique lo contrario en sus instrucciones anticipadas para la atención médica.

Las instrucciones anticipadas para la atención médica 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 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 PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE  
WYOMING - PÁGINA 1 DE 8**

ESCRIBA EN LETRA  
DE IMPRENTA SU  
NOMBRE Y LA FECHA.

Yo, \_\_\_\_\_(nombre en letra de imprenta), hago  
estas Instrucciones anticipadas para la atención médica el \_\_\_\_\_(fecha en  
letra de imprenta).

PARTE 1

**PARTE 1: PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA**

ESCRIBA EN LETRA  
DE IMPRENTA EL  
NOMBRE,

**(1) NOMBRAMIENTO DEL AGENTE:** Nombro a la siguiente persona como  
mi agente para que tome decisiones de atención médica por mí:

LA DIRECCIÓN  
Y NÚMEROS DE  
TELÉFONO DE  
SU AGENTE  
PRINCIPAL.

\_\_\_\_\_  
(nombre de la persona que elige como agente)

\_\_\_\_\_  
(dirección, ciudad, estado, código postal)

\_\_\_\_\_  
(teléfono del domicilio y teléfono del trabajo)

**OPCIONAL:** Si revoco la potestad de mi agente o si mi agente no está dispuesto,  
no puede o no está razonablemente disponible para tomar decisiones de atención  
médica por mí, nombro como mi primer agente suplente a:

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

\_\_\_\_\_  
(nombre de la persona que elige como agente)

\_\_\_\_\_  
(dirección, ciudad, estado, código postal)

\_\_\_\_\_  
(teléfono del domicilio y teléfono del trabajo)

**OPCIONAL:** Si revoco la potestad de mi agente y de mi primer agente  
suplente, o si ninguno está dispuesto, no puede o no está razonablemente  
disponible para tomar decisiones de atención médica por mí, nombro como mi  
segundo agente suplente a:

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

\_\_\_\_\_  
(nombre de la persona que elige como agente)

\_\_\_\_\_  
(dirección, ciudad, estado, código postal)

\_\_\_\_\_  
(teléfono del domicilio y teléfono del trabajo)

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

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE WYOMING - PÁGINA 2 DE 8**

---

AGREGUE INSTRUCCIONES PERSONALES SOLO SI DESEA LIMITAR EL PODER DE SU AGENTE.

**(2) POTESTAD DEL AGENTE:** Mi agente está autorizado para tomar todas las decisiones de atención médica por mí, incluidas las decisiones de proporcionar, retener o retirar la nutrición e hidratación artificiales, y todas las otras formas de atención médica para mantenerme con vida, excepto como lo declaro aquí:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

ESCRIBA SUS INICIALES EN LA CASILLA SOLO SI DESEA QUE LA POTESTAD DE SU AGENTE ENTRE EN VIGOR DE INMEDIATO.

(Adjunte páginas adicionales si es necesario.)

TACHE Y ESCRIBA SUS INICIALES EN CUALQUIER DECLARACIÓN DE LOS PÁRRAFOS 3 O 4 QUE NO REFLEJE SUS DESEOS.

**(3) CUÁNDO ENTRA EN VIGOR LA POTESTAD DE MI AGENTE:** La potestad de mi agente entra en vigor cuando mi médico principal o proveedor de atención médica tratante determina que no tengo la capacidad de tomar mis propias decisiones de atención médica, a menos que escriba mis iniciales en la casilla siguiente. Si escribo mis iniciales en esta casilla [            ], la potestad de mi agente para tomar decisiones de atención médica en mi nombre entrará en vigor de inmediato.

**(4) OBLIGACIÓN DEL AGENTE:** Mi agente tomará decisiones de atención médica por mí con base en este poder notarial para la atención médica, cualquier instrucción que dé en la Parte 2 de este formulario, y mis otros deseos en la medida en que mi agente los conozca. En la medida en que se desconozcan mis deseos, mi agente tomará las decisiones de atención médica en mi nombre, de acuerdo con lo que mi agente determine que es en mi mejor interés. Para determinar mi mejor interés, mi agente considerará mis valores personales en la medida en que los conozca.

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE  
WYOMING - PÁGINA 3 DE 8**

---

ESCRIBA SUS  
INICIALES SOLO EN  
UNA.

**(5) NOMBRAMIENTO DE UN TUTOR:** Si un tribunal necesita nombrar a un tutor para mí, (escriba sus iniciales en una de las siguientes opciones):

[  ] Nombro a los agentes a quienes designé en este formulario en el orden dado para actuar como tutores.

[  ] Nombro a las siguientes personas como tutores en el orden designado:

---

(nombre, dirección y teléfono de la persona nombrada como tutor)

---

---

(nombre, dirección y teléfono del segundo suplente nombrado como tutor)

[  ] No nombro a nadie para ser tutor.



**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE  
WYOMING - PÁGINA 4 DE 8**

PARTE 2

TACHE Y ESCRIBA  
SUS INICIALES EN  
CUALQUIER  
DECLARACIÓN QUE  
NO REFLEJE SUS  
DESEOS.

ESCRIBA SUS  
INICIALES SOLO EN  
UNA.

ESCRIBA SUS  
INICIALES EN LA  
CASILLA SOLO SI  
DESEA NUTRICIÓN  
E HIDRATACIÓN  
ARTIFICIALES,  
INDEPENDIENTE  
DE SU  
AFECCIÓN MÉDICA.

**PARTE 2: INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA**

**(6) DECISIONES PARA EL FINAL DE LA VIDA:** Deseo que mis proveedores de atención médica y otras personas involucradas en mi cuidado brinden, retengan o retiren el tratamiento de acuerdo con la opción en la que escribí mis iniciales a continuación:

[  ] (a) **Decisión de no prolongar la vida:** No quiero que mi vida se prolongue si:

(i) Padezco una afección incurable o irreversible que resultará en la muerte en un tiempo relativamente corto.

(ii) Entro en estado de inconsciencia y, a un grado razonable de certeza médica, no recuperaré la conciencia.

(iii) Los riesgos y cargas probables del tratamiento superarían los beneficios esperados.

**O**

[  ] (b) **Decisión de prolongar la vida:** Quiero que prolonguen mi vida el mayor tiempo posible, dentro de los límites de los estándares de atención médica generalmente aceptados.

**(7) NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIALES:** Se debe suministrar, retener o retirar la nutrición e hidratación artificiales, de acuerdo con lo que elegí en el párrafo (6), a menos que escriba sus iniciales en la siguiente casilla. Si escribo mis iniciales en esta casilla [  ], se debe proporcionar hidratación artificial, independientemente de mi afección y de la elección que haya hecho en el párrafo (6).

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE WYOMING - PÁGINA 5 DE 8**

**(8) ALIVIO DEL DOLOR:** Excepto como lo declaro en el siguiente espacio, deseo que se me brinde en todo momento tratamiento para aliviar el dolor o la incomodidad:

---

---

**(9) OTROS DESEOS:** (Si no está de acuerdo con las declaraciones opcionales anteriores y desea escribir sus propias instrucciones, o si desea agregar detalles a las instrucciones antes mencionadas, puede hacerlo aquí). Instruyo que:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(Adjunte páginas adicionales si es necesario.)

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.

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

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE  
WYOMING - PÁGINA 6 DE 8**

PARTE 3

SI NO DESEA  
DONAR ÓRGANOS,  
NO COMPLETE LA  
PARTE 3.

DE LO CONTRARIO,  
ESCRIBA SUS  
INICIALES EN LAS  
DECLARACIONES  
QUE REFLEJEN SU  
INTENCIÓN Y  
TACHE CUALQUIER  
DECLARACIÓN QUE  
NO REFLEJE SU  
INTENCIÓN.

**PARTE 3: DONACIÓN DE ÓRGANOS TRAS LA MUERTE (OPCIONAL)**

**(10) TRAS MI MUERTE** (escriba sus iniciales en la casilla que corresponda):

[  ] (a) Dono mi cuerpo.

[  ] (b) Dono cualquier órgano, tejido o partes necesarias.

[  ] (c) Dono solo los siguientes órganos, tejidos o parte:

---

---

(d) Mi donación es para los siguientes fines (tache y escriba sus  
iniciales en cualquiera de las siguientes opciones que NO desea):

- (i) Cualquier propósito autorizado por la ley
- (ii) Trasplante
- (iii) Terapia
- (iv) Investigación
- (v) Educación médica

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE  
WYOMING - PÁGINA 7 DE 8**

PARTE 4

SI NO DESEA  
NOMBRAR A UN  
MÉDICO PRINCIPAL,  
NO COMPLETE LA  
PARTE 4.

DE LO CONTRARIO,  
ESCRIBA EN LETRA  
DE IMPRENTA EL  
NOMBRE, LA  
DIRECCIÓN Y EL  
NÚMERO DE  
TELÉFONO DE SU  
MÉDICO PRINCIPAL  
Y DE CUALQUIER  
MÉDICO PRINCIPAL  
SUPLENTE.

---

**PARTE 4: MÉDICO PRINCIPAL (OPCIONAL)**

**(11) MÉDICO PRINCIPAL:** Nombro al siguiente médico como mi médico principal:

---

(nombre, dirección y teléfono del médico de principal)

Si el médico antes nombrado no está dispuesto, no es capaz o no está razonablemente disponible para actuar como mi médico principal, designo al siguiente médico como mi médico principal:

---

(nombre, dirección y teléfono del médico principal: suplente)

\*\*\*\*\*

**(12) EFECTO DE COPIA:** Una copia de este formulario tiene el mismo efecto que el original.

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE WYOMING - PÁGINA 8 DE 8**

PARTE 5

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

DOS TESTIGOS DEBEN FIRMAR Y FECHAR EL DOCUMENTO, Y ESCRIBIR EN LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE Y DIRECCIÓN AQUÍ.

—○—

PIDA QUE UN NOTARIO PÚBLICO COMPLETE ESTA SECCIÓN.

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

**PARTE 5. CUMPLIMIENTO**

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

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

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DEL TESTIGO**

Declaro, bajo pena de perjurio, según las leyes de Wyoming, que conozco personalmente a la persona que firmó o reconoció este documento como mandante, que el mandante firmó o reconoció este documento en mi presencia, que el mandante parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y que no está sujeto a coerción, fraude o influencia indebida, que no soy la persona nombrada como agente en este documento, y que no soy el proveedor de atención médica tratante, un empleado de un proveedor de atención médica tratante, el operador de un centro de atención comunitaria, un empleado del operador de un centro de atención comunitaria, un operador de un centro de atención residencial o un empleado de un operador de un centro de atención residencial.

**TESTIGOS**

Testigo n.º 1:

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

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

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_

Testigo n.º 2:

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

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

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_

—○—

**FIRMA DEL NOTARIO PÚBLICO EN LUGAR DE LOS TESTIGOS**

El estado de Wyoming

Condado de \_\_\_\_\_

Suscrito, jurado y reconocido ante mí por

\_\_\_\_\_, el mandante, este

\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_.

(SELLO) \_\_\_\_\_

Cortesía de CaringInfo  
www.caringinfo.org