

# **WISCONSIN**

## **Instrucciones anticipadas**

### **Planificación de decisiones importantes sobre la 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 que tiene como propósito mejorar la atención y la experiencia de la prestación de cuidados durante una enfermedad grave y al final de la vida. Como parte de esta iniciativa, CaringInfo ofrece una guía detallada para el llenado de formularios de instrucciones anticipadas para los 50 estados y el Distrito de Columbia.

Este paquete incluye:

- Indicaciones para preparar sus instrucciones anticipadas. Lea las instrucciones completas.
- Sus formularios de instrucciones anticipadas específicos para su estado, que son las páginas con la barra gris de instrucciones que se encuentra del lado izquierdo.

#### **ANTES DE COMENZAR**

Asegúrese de que dispone de los documentos para cada estado en el que podría recibir atención médica. Dado que los documentos son específicos de cada estado, es conveniente que cuente con el documento específico para cada estado en el que podría pasar un tiempo prolongado. Para viajes ordinarios a otros estados no es necesario que haga nuevas instrucciones anticipadas. 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.

#### **PASOS A SEGUIR**

1. Si lo desea, puede fotocopiar o imprimir un segundo juego de estos formularios antes de iniciar para que tenga una copia en limpio en caso de que necesite comenzar de nuevo.
2. Cuando comience a completar los formularios, diríjase a las barras grises de instrucciones, pues le guiarán a lo largo del proceso.
3. Hable con sus familiares, 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 sus familiares, amigos, proveedores de atención médica o líderes espirituales para que los formularios estén disponibles en caso de emergencia.
5. Si lo desea, también puede guardar una copia de los formularios en su expediente médico electrónico, o en una aplicación, programa o servicio de expedientes médicos personales en línea que le permita

Copyright © 2005 National Hospice and Palliative Care Organization. Todos los derechos reservados. Revisado en 2023. Queda expresamente prohibida la reproducción y distribución por parte de una organización o grupo organizado sin la autorización por escrito de la National Hospice and Palliative Care Organization.

compartir sus documentos médicos con sus médicos, familia y otras personas que desee que participen de forma activa en su planificación de atención anticipada.

6. Wisconsin no mantiene un registro de instrucciones anticipadas. Sin embargo, puede registrar sus instrucciones anticipadas en el registro de testamentos en el condado de su residencia.

## **INTRODUCCIÓN A SUS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE WISCONSIN**

Este paquete contiene un documento legal, las **Instrucciones anticipadas para la atención médica de Wisconsin**, 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.

Sus instrucciones anticipadas de Wisconsin constan de cuatro partes. Dependiendo de sus necesidades de planificación anticipada, puede completar la Parte II, la Parte III o ambas, dependiendo de sus necesidades de planificación anticipada. **Debe completar la Parte IV.**

La Parte I contiene un aviso legal que explica la importancia de la Parte II, el **Poder notarial para la atención médica de Wisconsin**. La Parte III, la **Declaración de Wisconsin para los médicos**, es el testamento en vida de su estado. La Parte IV contiene las disposiciones de firma y testigos para que su documento sea válido.

Después de sus instrucciones anticipadas sigue un **Formulario de donación de órganos de Wisconsin**.

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

Debe firmar y fechar sus instrucciones anticipadas o pedir a una persona mayor de edad que lo haga por usted si no puede firmarlas usted mismo en presencia de dos testigos adultos (mayores de 18 años).

Sus dos testigos adultos **no pueden**:

- estar relacionados con usted;
- tener un reclamo o derecho a cualquier parte de su patrimonio;
- ser directamente responsables de su atención médica;
- ser su proveedor de atención médica;
- ser empleados de su proveedor de atención médica, que no sea un capellán o trabajador social;
- ser empleados de un centro de atención médica para pacientes hospitalizados en el que usted es un paciente, que no sea un capellán o un trabajador social;
- ser sus agentes de atención médica.

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

Su agente es la persona que usted nombra para que tome decisiones sobre su atención médica en caso de que ya no esté en condiciones de tomar estas decisiones por sí mismo. Su agente puede ser un familiar o amigo cercano en quien confíe para que tome decisiones importantes. La persona que nombre como su agente debe entender claramente sus deseos y estar dispuesta a aceptar la responsabilidad de tomar decisiones sobre la atención médica por usted.

A menos que él o ella tenga relación con usted, su agente **no puede** ser:

- su proveedor de atención médica,
- un empleado de su proveedor de atención médica tratante,
- un empleado de un centro de atención médica en el que reside o es paciente,
- el cónyuge de alguno de los anteriores.

Puede nombrar a una segunda persona como su agente suplente. Un agente suplente intervendrá si la persona que nombra como agente no es capaz, no está dispuesta o no está a su alcance actuar en su nombre.

### **¿Debo añadir indicaciones personales a mis instrucciones anticipadas?**

¡Sí! Una de las razones más importantes para elaborar un documento de instrucciones anticipadas es que se escuche su voz. Cuando nombra a un agente y le comunica claramente lo que desea y lo que no desea, el agente se encuentra en la mejor posición para abogar por usted. Dado que el futuro es impredecible, tenga cuidado de no limitar involuntariamente la facultad 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 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 agente?**

Su poder notarial para la atención médica de Wisconsin entra en vigor cuando su médico y otro médico determinan que usted no puede entender y evaluar información de manera efectiva o comunicar sus decisiones hasta tal punto que carece de la capacidad de tomar decisiones sobre su atención médica.

Su declaración entrará en vigor cuando su médico y otro médico certifiquen por escrito que ya no puede tomar o comunicar sus decisiones de atención médica, y que tiene una afección terminal o se encuentra en un estado vegetativo persistente.

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 para la atención médica no tiene la potestad a fin de dar su consentimiento para:

- internarlo o recluirlo como paciente hospitalizado en una institución para enfermedades mentales,
- internarlo o recluirlo en un centro de atención intermedia para personas con retraso mental, un centro de tratamiento estatal o un centro de tratamiento,
- realizar investigación experimental en salud mental o psicocirugía,
- realizar tratamiento electroconvulsivo de otros procedimientos de tratamiento de salud mental "drásticos".

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

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

Usted puede revocar sus instrucciones anticipadas de Wisconsin en cualquier momento al:

- eliminar, quemar, alterar o destruir el documento en sí;
- firmar y fechar una declaración escrita de su intención de revocar su poder notarial para la atención médica de Wisconsin;
- expresar su intención de revocar sus instrucciones anticipadas de Wisconsin de forma verbal en presencia de dos testigos (esta revocación entra en vigor solo cuando se notifica a su médico sobre las revocaciones);
- ejecutar otras instrucciones anticipadas de Wisconsin.

A menos que especifique lo contrario, si nombra a su cónyuge o pareja doméstica como su agente, ese nombramiento se revocará automáticamente en caso de divorcio, la anulación de su matrimonio o la terminación de la pareja doméstica.

### **Problemas de salud mental**

Estos formularios no abordan *expresamente* las enfermedades mentales; sin embargo, usted puede indicar sus deseos y otorgar potestad a su agente con respecto a las enfermedades de salud mental. El Centro Nacional de Recursos sobre Instrucciones Anticipadas Psiquiátricas 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 acerca de un poder notarial duradero que se adapte a sus necesidades.

### **¿Qué otra información importante debo saber?**

Si está embarazada, debe escribir sus iniciales en el párrafo de la página 6 del formulario para la Parte II (Poder notarial para la atención médica) a fin de que esté vigente durante su embarazo. La Parte III (Declaración para los médicos) no entra en vigor durante su embarazo.

Tenga en cuenta que sus instrucciones anticipadas no entrarán en vigor en caso de una emergencia médica, excepto para identificar a su agente. 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 independiente del médico, que suele denominarse "instrucciones de atención médica prehospitalaria" u "órdenes de no resucitar". Los formularios de órdenes de no resucitar (Do Not Resuscitate, DNR) pueden obtenerse en el departamento de salud o en el departamento para adultos mayores de su estado (<https://www.hhs.gov/aging/state-resources/index.html>). Otro tipo de órdenes relacionadas con la RCP y otros tratamientos son las órdenes portátiles para el tratamiento de soporte vital (Portable Orders for Life Sustaining Treatment, POLST) específicas de los estados (<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 cuando se presente. Estas instrucciones indican al personal de la ambulancia 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

**PARTE I. AVISO A LA PERSONA QUE HACE ESTE DOCUMENTO**

USTED TIENE DERECHO A TOMAR DECISIONES SOBRE SU ATENCIÓN MÉDICA. NO SE LE PUEDE BRINDAR NINGUNA ATENCIÓN MÉDICA EN CONTRA DE SUS DESEOS, Y LA ATENCIÓN MÉDICA NECESARIA NO SE PUEDE SUSPENDER NI RETENER SI USTED SE OPONE.

DEBIDO A QUE, EN ALGUNOS CASOS, SUS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA NO HAN TENIDO LA OPORTUNIDAD DE ESTABLECER UNA RELACIÓN A LARGO PLAZO CON USTED, A MENUDO NO ESTÁN FAMILIARIZADOS CON SUS CREENCIAS Y VALORES, NI CON LOS DETALLES DE SUS RELACIONES FAMILIARES. ESTO PLANTEA UN PROBLEMA SI SE VUELVE FÍSICA O MENTALMENTE INCAPAZ DE TOMAR DECISIONES SOBRE SU ATENCIÓN MÉDICA.

AVISO

PARA EVITAR ESTE PROBLEMA, PUEDE FIRMAR ESTE DOCUMENTO LEGAL PARA NOMBRAR A LA PERSONA QUE DESEA QUE TOMA DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA POR USTED, SI NO PUEDE TOMAR ESAS DECISIONES PERSONALMENTE. ESA PERSONA ES CONOCIDA COMO SU AGENTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA. DEBE TOMARSE UN TIEMPO PARA HABLAR SOBRE SUS PENSAMIENTOS Y CREENCIAS SOBRE EL TRATAMIENTO MÉDICO CON LA PERSONA O PERSONAS A LAS QUE HA NOMBRADO. PUEDE INDICAR EN ESTE DOCUMENTO CUALQUIER TIPO DE ATENCIÓN MÉDICA QUE DESEE O NO DESEE, Y PUEDE LIMITAR LA POTESTAD DE SU AGENTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA. SI SU AGENTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DESCONOCE SUS DESEOS CON RESPECTO A UNA DECISIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA EN PARTICULAR, SE LE EXIGE QUE DETERMINE QUÉ SERÍA EN SU MEJOR INTERÉS AL TOMAR LA DECISIÓN.

ESTE ES UN DOCUMENTO LEGAL IMPORTANTE. LE OTORGA A SU AGENTE PODERES AMPLIOS PARA TOMAR DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA EN SU NOMBRE. REVOCA CUALQUIER PODER NOTARIAL PREVIO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA QUE HAYA REALIZADO. SI DESEA CAMBIAR SU PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA, PUEDE REVOCAR ESTE DOCUMENTO, EN CUALQUIER MOMENTO, DESTRUYÉNDOLO, PIDIENDO A OTRA PERSONA QUE LO DESTRUYA EN SU PRESENCIA, FIRMANDO UNA DECLARACIÓN ESCRITA Y FECHADA O DECLARANDO QUE SE REVOCA EN PRESENCIA DE DOS TESTIGOS. SI LO REVOCA, DEBE NOTIFICAR A SU AGENTE, A SUS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA Y A CUALQUIER OTRA PERSONA A QUIEN LE HAYA DADO UNA COPIA. SI SU AGENTE ES SU CÓNYUGE Y SU MATRIMONIO SE ANULA O SI SE DIVORCIA DESPUÉS DE FIRMAR ESTE DOCUMENTO, EL DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO.

## **INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE WISCONSIN - PÁGINA 2 DE 9**

---

AVISO  
(CONTINUACIÓN)

TAMBIÉN PUEDE USAR ESTE DOCUMENTO PARA HACER O NEGARSE A HACER UNA DONACIÓN ANATÓMICA TRAS SU MUERTE. SI UTILIZA ESTE DOCUMENTO PARA HACER O NEGARSE A HACER UNA DONACIÓN ANATÓMICA, ESTE DOCUMENTO REVOCA CUALQUIER REGISTRO PREVIO DE DONACIÓN QUE HAYA HECHO. PUEDE REVOCAR O CAMBIAR CUALQUIER DONACIÓN ANATÓMICA QUE HAGA EN EL PRESENTE DOCUMENTO, TACHANDO LA DISPOSICIÓN DE DONACIONES ANATÓMICAS EN ESTE DOCUMENTO.

NO FIRME ESTE DOCUMENTO A MENOS QUE LO ENTIENDA CLARAMENTE.

SE SUGIERE QUE CONSERVE EL ORIGINAL DE ESTE DOCUMENTO EN SU EXPEDIENTE, CON SU MÉDICO.

PARTE II

ESCRIBA LA FECHA EN LETRA DE IMPRENTA.

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

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

© 2005 National Hospice and Palliative Care Organization. 2023.

**PARTE II. PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE WISCONSIN**

Documento realizado este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.  
(fecha) (mes) (año)

**CREACIÓN DE UN PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN MÉDICA**

Yo, \_\_\_\_\_  
(nombre)

\_\_\_\_\_  
(dirección)

\_\_\_\_\_  
(fecha de nacimiento)

en pleno uso de mis facultades mentales, por medio del presente documento tengo la intención de crear un poder notarial para la atención médica. La ejecución de este poder notarial para la atención médica es voluntaria. A pesar de la creación de este poder notarial para la atención médica, espero estar completamente informado y que se me permita participar en cualquier decisión de mi atención médica, en la medida en que sea posible. A efectos de este documento, "decisión de atención médica" significa una decisión informada para aceptar, mantener, suspender o rechazar cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar mi afección física o mental.

Además, por la presente, puedo especificar mis deseos con respecto a hacer una donación anatómica tras mi muerte.

**NOMBRAMIENTO DEL AGENTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA**

Si ya no puedo tomar decisiones de atención médica por mí mismo debido a mi incapacidad, por la presente nombro a

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

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

como mi agente de atención médica para que tome decisiones de atención médica en mi nombre.

## INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE WISCONSIN - PÁGINA 4 DE 9

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

Si en algún momento él o ella no puede o no quiere hacerlo, por la presente nombro a

(nombre en letra de imprenta)

(dirección)

(número de teléfono)

como mi agente suplente para la atención médica a fin de que tome decisiones de atención médica en mi nombre. Ni mi agente ni mi agente suplente para la atención nombrados son mi proveedor de atención médica, un empleado de mi proveedor de atención médica, un empleado de un centro de atención médica en el que soy paciente o cónyuge de cualquiera de esas personas, a menos que él o ella también sea mi pariente. Para los fines de este documento, la "incapacidad" existe si 2 médicos, o un médico y un psicólogo, enfermero especializado o médico adjunto que me examinaron personalmente, firman una declaración que expresa en específico su opinión de que padezco una afección, lo cual significa que no puedo recibir y evaluar información de manera efectiva o comunicar decisiones, a tal punto que carezco de la capacidad para tomar mis decisiones de atención médica. Se debe adjuntar una copia de esa declaración a este documento.

### DECLARACIÓN GENERAL DE LA CONCESIÓN DE LA POTESTAD

A menos que haya especificado lo contrario en este documento, si alguna vez tengo una incapacidad, deseo que mi proveedor de atención médica obtenga la decisión de atención médica de mi agente de atención médica si necesito tratamiento, para toda mi atención médica y tratamiento. He hablado de mis deseos a fondo con mi agente de atención médica y creo que él o ella entiende mi filosofía con respecto a las decisiones de atención médica que tomaría si fuera capaz de hacerlo. Deseo que mis deseos se lleven a cabo a través de la potestad otorgada a mi agente de atención médica en virtud de este documento.

Si debido a mi incapacidad no puedo tomar una decisión de atención médica, mi agente de atención médica tiene instrucciones de tomar decisiones de atención médica en mi nombre, pero mi agente de atención médica debe tratar de hablar conmigo sobre cualquier atención médica propuesta específica si puedo comunicarme de alguna manera, incluso parpadeando. Si no se puede establecer esta comunicación, mi agente de atención médica basará su decisión en cualquier opción de atención médica que yo haya expresado antes del momento de la decisión. Si no he expresado una opción sobre la atención médica en cuestión y no se puede entablar una comunicación, mi agente de atención médica basará su decisión de atención médica en lo que considere que es en mi mejor interés.

POTESTAD DEL AGENTE

## INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE WISCONSIN - PÁGINA 5 DE 9

LIMITACIONES SOBRE LA SALUD MENTAL

### LIMITACIONES EN EL TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL

Mi agente para la atención médica no puede internarme o recluirme como paciente hospitalizado en una institución para enfermedades mentales, un centro de atención intermedia para personas con retraso mental, un centro de tratamiento estatal o un centro de tratamiento. Mi agente para la atención médica puede no dar su consentimiento con respecto a la investigación experimental de salud mental o la psicocirugía, el tratamiento electroconvulsivo u otros procedimientos drásticos de tratamiento para la salud mental en mi nombre.

### ADMISIÓN A RESIDENCIAS PARA ADULTOS MAYORES O CENTROS RESIDENCIALES COMUNITARIAS

Mi agente para la atención médica puede ingresarme a una residencia para adultos mayores o en un centro residencial comunitario para estadías de corto plazo para atención de recuperación o de relevo.

Si escribo mis iniciales en "Sí" en lo siguiente, mi agente para la atención médica puede ingresarme para un fin que no sea la atención de recuperación o la atención de relevo, pero si escribo mis iniciales en "No" a lo siguiente, mi agente para la atención médica no puede ingresarme en:

1. Una residencia para adultos mayores: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
2. Un centro residencial comunitario: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si no escribo mis iniciales ni en "Sí" ni en "No" inmediatamente antes, mi agente para la atención médica solo puede ingresarme para estancias cortas de atención de recuperación o de relevo.

### DISPOSICIÓN PARA UNA SONDA DE ALIMENTACIÓN

Si escribí mis iniciales en "Sí" para lo siguiente, mi agente para la atención médica puede pedir que se retenga o retire una sonda de alimentación, a menos que mi médico haya aconsejado que, a su juicio profesional, esto me causará dolor o reducirá mi comodidad.

Si escribí mis iniciales en "No" para lo siguiente, mi agente para la atención médica no puede pedir que se retenga o retire la sonda de alimentación.

Mi agente para la atención médica no puede pedir que se retenga o retire mi nutrición o hidratación por vía oral, a menos que la disposición de nutrición o hidratación esté médicamente contraindicada.

Retener o retirar una sonda de alimentación: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si no escribí mis iniciales ni en "Sí" ni en "No" inmediatamente arriba, mi agente para la atención médica no puede pedir que se retenga o retire la sonda de alimentación.

ESCRIBA SUS INICIALES PARA INDICAR LOS PODERES DE ADMISIÓN DE SU AGENTE PARA LA ATENCIÓN MÉDICA.

SI DESEA OTORGAR A SU AGENTE EL PODER DE RECHAZAR LA ALIMENTACIÓN POR SONDA EN SU NOMBRE, ESCRIBA SUS INICIALES EN "SÍ".

**INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE WISCONSIN - PÁGINA 6 DE 9**

**DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA PARA MUJERES EMBARAZADAS**

SI DESEA QUE SU AGENTE TOME DECISIONES MÉDICAS POR USTED SI QUEDA INCAPACITADA DURANTE EL EMBARAZO, ESCRIBA SUS INICIALES EN "SÍ".

Si escribí mis iniciales en "SÍ" para lo siguiente, mi agente para la atención médica puede tomar decisiones de atención médica en mi nombre, incluso si sabe que estoy embarazada. Si escribí mis iniciales en "No" para lo siguiente, mi agente para la atención médica no puede tomar decisiones de atención médica en mi nombre si sabe que estoy embarazada.

Decisión de atención médica si estoy embarazada: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si no escribí mis iniciales en "SÍ" ni en "No" inmediatamente arriba, mi agente para la atención médica no puede tomar decisiones de atención médica en mi nombre si sabe que estoy embarazada.

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

**DECLARACIÓN DE SUS DESEOS, CLÁUSULAS Y LIMITACIONES ESPECIALES**

Al ejercer la potestad según este documento, mi agente para la atención médica actuará de manera consistente con mis siguientes deseos declarados, si los hubiera, y estará sujeto a cualquier cláusula o limitación especial que especifique. Los siguientes son deseos, cláusulas o limitaciones específicos que deseo establecer (agregar más elementos si es necesario):

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.

**INSPECCIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON MI SALUD FÍSICA O MENTAL**

Sujeto a las limitaciones en este documento, mi agente tiene la potestad para hacer todo lo siguiente:

- (a) Solicitar, revisar y recibir cualquier información, de forma verbal o escrita, con respecto a mi salud física o mental, incluidos los registros médicos y hospitalarios.
- (b) Ejecutar en mi nombre las autorizaciones u otros documentos que puedan ser necesarios para obtener esta información.
- (c) Dar su consentimiento para la divulgación de esta información.

## PARTE III

ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA.

ESCRIBA SUS INICIALES EN LA DECLARACIÓN QUE MEJOR REFLEJE SUS DESEOS CON RESPECTO A LAS SONIDAS DE ALIMENTACIÓN, EN CASO DE QUE PADEZCA UNA AFECCIÓN TERMINAL.

ESCRIBA SUS INICIALES EN LA DECLARACIÓN QUE MEJOR REFLEJE SUS DESEOS CON RESPECTO A LOS PROCEDIMIENTOS DE SOPORTE VITAL, EN CASO DE QUE ESTÉ EN UN ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE

© 2005 National Hospice and Palliative Care Organization. 2023.

## PARTE III. DECLARACIÓN A LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre en letra de molde), en pleno uso de mis facultades mentales, voluntariamente declaro mi deseo de que mi muerte no se prolongue bajo las circunstancias especificadas en este documento. Bajo esas circunstancias, deseo que se me permita morir de forma natural. Si no puedo dar instrucciones con respecto al uso de los procedimientos de soporte vital o sondas de alimentación, tengo la intención de que mi familia y mi médico, médico adjunto o enfermero certificado de práctica avanzada respeten este documento como la expresión final de mi derecho legal a rechazar el tratamiento médico o quirúrgico.

De conformidad con los Estatutos de Wisconsin, § 155.40(2), la revocación automática del poder notarial para la atención médica en la Parte II debido al divorcio, anulación de matrimonio o terminación de la pareja doméstica del mandante con su agente de atención médica no entrará en vigor en esta declaración, la Parte III, la cual sobrevivirá a la invalidación de la Parte II.

1. Si padezco una **ENFERMEDAD TERMINAL**, según lo determine un médico, un médico adjunto o un enfermero certificado de práctica avanzada que me haya examinado personalmente, y si un médico que también me haya examinado personalmente está de acuerdo con esa determinación, no quiero que mi muerte se prolongue artificialmente y no quiero que se usen procedimientos de soporte vital. Además, las siguientes son mis instrucciones con respecto al uso de sondas de alimentación:

\_\_\_\_\_ SÍ, quiero utilizar sondas de alimentación si padezco una afección terminal.

\_\_\_\_\_ NO, no quiero utilizar sondas de alimentación si padezco una afección terminal.

**(Si no marcó ninguna de las dos casillas, se utilizarán sondas de alimentación).**

2. Si estoy en un **ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE**, según lo determine un médico, médico adjunto o enfermero certificado de práctica avanzada que me haya examinado personalmente, y si un médico que también me haya examinado personalmente está de acuerdo con esa determinación, las siguientes son mis instrucciones con respecto al uso de procedimientos de soporte vital:

\_\_\_\_\_ SÍ, quiero que se utilicen procedimientos de soporte vital si estoy en un estado vegetativo persistente.

\_\_\_\_\_ NO, no quiero que se utilicen procedimientos de soporte vital si estoy en un estado vegetativo persistente.

**(Si no marcó ninguna de las dos casillas, se utilizarán procedimientos de soporte vital).**

ESCRIBA SUS INICIALES EN LA DECLARACIÓN QUE MEJOR REFLEJE SUS DESEOS CON RESPECTO A LA ALIMENTACIÓN POR Sonda EN CASO DE QUE ESTÉ EN UN ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE.

3. Si estoy en un **ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE**, según lo determine un médico, médico adjunto o enfermero certificado de práctica avanzada que me haya examinado personalmente, y si un médico que también me haya examinado personalmente está de acuerdo con esa determinación, las siguientes son mis instrucciones con respecto al uso de sondas de alimentación:

\_\_\_\_\_ SÍ, quiero que se utilicen sondas de alimentación si estoy en un estado vegetativo persistente.

\_\_\_\_\_ NO, no quiero que se utilicen sondas de alimentación si estoy en un estado vegetativo persistente.

**(Si no marcó ninguna de las dos casillas, se utilizarán sondas de alimentación).**

Si está interesado en obtener más información sobre los términos significativos utilizados en este documento, consulte la sección 154.01 de los Estatutos de Wisconsin o la información que acompaña a este documento.

### INSTRUCCIONES PARA LOS MÉDICOS TRATANTES

1. Este documento autoriza la retención o el retiro de procedimientos de soporte vital o de sondas de alimentación cuando un médico y otro médico, médico adjunto o enfermero certificado de práctica avanzada, uno de los cuales es el médico tratante, examinan al paciente y certifican por escrito que padece una afección terminal o se encuentra en un estado vegetativo persistente.
2. Las decisiones en este documento las tomó un adulto competente. De conformidad con la ley, deben seguirse los deseos declarados del paciente, a menos que usted crea que la retención o el retiro de los procedimientos de soporte vital o las sondas de alimentación causarían dolor al paciente o una disminución de la comodidad, y que el dolor o la incomodidad no pueden aliviarse con las medidas de alivio del dolor. Si los deseos declarados del paciente son que se utilicen procedimientos de soporte vital o las sondas de alimentación, se deben seguir estas instrucciones.
3. Si usted considera que no puede cumplir este documento, debe hacer un intento de buena fe para transferir al paciente a otro médico, médico adjunto o enfermero certificado de práctica avanzada que lo cumpla. La negativa o el rechazo a hacerlo constituye una conducta poco profesional.
4. Si sabe que la paciente está embarazada, este documento no tendrá ningún efecto durante su embarazo.

### UBICACIÓN DE LAS COPIAS

La persona que hace este testamento en vida puede usar el siguiente espacio para registrar los nombres de las personas y proveedores de atención médica a quienes él o ella ha entregado copias de este documento:

\_\_\_\_\_

AGREGUE A LAS PERSONAS A LAS QUE PLANEA DAR COPIAS DE SU DOCUMENTO.

## INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE WISCONSIN - PÁGINA 9 DE 9

PARTE IV

FIRME Y FECHÉ SU DOCUMENTO Y ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA SU NOMBRE.

EL MANDANTE Y LOS TESTIGOS DEBEN FIRMAR EL DOCUMENTO AL MISMO TIEMPO.

LOS TESTIGOS DEBEN FIRMAR Y ESCRIBIR EN LETRA DE IMPRENTA SUS NOMBRES, LA FECHA Y DIRECCIONES AQUÍ.

© 2005 National Hospice and Palliative Care Organization. 2023.

### PARTE IV. CUMPLIMIENTO

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

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

(La firma de este documento por parte del mandante revoca todos los poderes notariales anteriores para la atención médica y los documentos de declaración para los médicos).

### DECLARACIÓN DE TESTIGOS

Conozco al mandante personalmente y creo que él o ella está en pleno uso de sus facultades mentales y tiene al menos 18 años de edad. Creo que la ejecución de este poder notarial para la atención médica es voluntaria. Tengo al menos 18 años de edad, no estoy relacionado con el mandante por sangre, matrimonio o adopción y no soy responsable financiera y directamente de la atención médica del mandante. No soy un proveedor de atención médica que presta servicio al mandante en este momento, un empleado del proveedor de atención médica, que no sea un capellán o un trabajador social, o un empleado, que no sea un capellán o un trabajador social, de un centro de atención médica para pacientes hospitalizados en el que el declarante es paciente. No soy el agente para la atención médica del mandante. A mi leal saber y entender, no tengo derecho ni tengo un reclamo sobre el patrimonio del mandante.

Testigo n.º 1:

Firma \_\_\_\_\_

(letra de imprenta) Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Testigo n.º 2:

Firma \_\_\_\_\_

(letra de imprenta) Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Cortesía de CaringInfo  
www.caringinfo.org, 800-658-8898

DONACIONES  
ANATÓMICAS  
(OPCIONAL)

ESCRIBA SUS  
INICIALES EN LA  
DECLARACIÓN  
QUE REFLEJE SUS  
DESEOS.

FIRME Y ESCRIBA  
EN LETRA DE  
IMPRESA SU  
NOMBRE Y LA  
FECHA.

---

## DONACIONES ANATÓMICAS (OPCIONAL)

Tras mi muerte:

\_\_\_\_\_ Deseo donar solo los siguientes órganos o partes:

\_\_\_\_\_  
(Especifique los órganos o partes).

\_\_\_\_\_ Deseo donar cualquier órgano o parte necesaria.

\_\_\_\_\_ Deseo donar mi cuerpo para el estudio anatómico si es necesario.

\_\_\_\_\_ Me niego a hacer una donación anatómica. (Si esto revoca un compromiso previo para hacer una donación anatómica a un donatario designado, intentaré notificar al donatario con quien hice el acuerdo).

No escribir sus iniciales en ninguna de las líneas inmediatamente anteriores no constituye ninguna presunción sobre mi deseo de hacer o negarme a hacer una donación anatómica.

\_\_\_\_\_  
(firma del mandante)

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

\_\_\_\_\_  
(nombre en letra de imprenta del mandante)

Cortesía de CaringInfo  
www.caringinfo.org, 800-658-8898