

Directiva de Asistencia Médica de Minnesota (Minnesota Health Care Directive)

Propósito de esta forma (Purpose of form)

- Parte I Permite a usted designar a otra persona (llamada apoderado) a realizar decisiones sobre su asistencia médica si su doctor decide que usted no puede hacerlo.
- Parte II Permite a usted dar instrucciones escritas sobre lo que usted quiere.
- Parte III Requiere que usted y otros firmen y pongan fecha al documento para legalizarlo.

Mi información personal (My personal information)

Mi nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono de mi casa: () _____
Teléfono de mi trabajo: () _____
Fecha de nacimiento: _____
Número de seguro social: _____

- **Revoco todos los testamentos en vida, Poderes Notariales Permanentes para Asuntos Médicos, u otras directivas de asistencia médica anticipadas realizadas por escrito que haya firmado en el pasado.**

PARTE I: Nombrar Al Apoderado (PART I: Naming An Agent)

Obligaciones del apoderado (Agent duties)

- Mi apoderado puede:
- Tomar decisiones sobre mi asistencia médica por mí si no puedo tomar decisiones o comunicar decisiones por mí mismo.
 - Tomar decisiones basadas en cualquiera de las instrucciones que se encuentran en la Parte II de este documento o en otros documentos.
 - Tomar decisiones basadas en lo que ella o él sepan sobre mis deseos.
 - Actuar siempre en mi mejor interés si no se encuentran instrucciones disponibles.

Funciones del Apoderado (Agent roles)

Actuar solo

Al nombrar a un apoderado para mi asistencia médica, debo elegir una de las siguientes opciones. *Ponga sus iniciales en frente de la declaración que usted QUIERA.*

_____ Designo a una persona para actuar como mi apoderado primario para mi asistencia médica para tomar decisiones por mí si no puedo tomar o comunicar decisiones por mí mismo. Mi apoderado primario puede actuar solo. Si mi apoderado primario no puede, no está dispuesto o no está disponible, cada apoderado alternativo que he nombrado puede actuar solo, siguiendo el orden de la lista.

Actuar juntos

_____ Designo dos o más personas para actuar juntas como mis apoderados para mi asistencia médica. Mi apoderado primario y alternativo deben actuar juntos y estar de acuerdo cuando tomen las decisiones. Si no están todos disponibles inmediatamente, o si no se ponen de acuerdo, la mayoría de los apoderados que estén disponibles inmediatamente pueden tomar las decisiones por mí.

**Mi apoderado
primario para
mi asistencia
médica**

(My primary health
care agent)

Yo designo a:
Nombre del apoderado: _____
Dirección: _____
Teléfono de su casa: () _____
Teléfono de su trabajo: () _____

**Mi primer
apoderado
alternativo para
mi asistencia
médica**

(My first alternate
health care agent)

Nombre del apoderado: _____
Dirección: _____
Teléfono de su casa: () _____
Teléfono de su trabajo: () _____

**Mi segundo
apoderado
alternativo para
mi asistencia
médica**

(My second alternate
health care agent)

Nombre del apoderado: _____
Dirección: _____
Teléfono de su casa: () _____
Teléfono de su trabajo: () _____

**(Si es necesario)
Razones para
nombrar
apoderado a mi
proveedor de
cuidado médico**

(If needed) Reasons
for naming health
care provider

He nombrado como apoderado a mi proveedor de cuidado médico, o empleado de mi proveedor de cuidado médico quien en este momento, o en el futuro me proveerá cuidado directo cuando se necesite tomar esa decisión. Esta persona no está relacionada conmigo por parentesco, matrimonio, concubinato, o adopción. Las razones por las cuales designo a esta persona como apoderado son: _____

**Poderes de mi
apoderado**

(Powers of my agent)

Si me encuentro imposibilitado para decidir o hablar por mí mismo, mi apoderado tiene el poder de:

- Consentir, rechazar, o revocar cualquier decisión, tratamiento, servicio o procedimiento para mi asistencia médica.
- Suspender o no comenzar la asistencia médica necesaria la cual me mantiene o pueda mantenerme vivo.
- Elegir a mis proveedores de cuidado médico.
- Decidir dónde vivo cuando necesite asistencia médica, y cuáles son las medidas de seguridad personales necesarias para mantenerme a salvo.
- Obtener copias de mi historia clínica y permitir que otros la vean.

Poderes adicionales de mi apoderado

(Additional powers of my agent)

Si quiero que mi apoderado tenga alguno de los siguientes poderes, debo poner mi inicial adelante de cada declaración.

También autorizo a mi apoderado a:

- _____ Tomar decisiones sobre mi asistencia médica aún cuando pueda decidir o hablar por mi mismo.
- _____ Llevar a cabo mis deseos respecto a mi funeral, entierro, o lo que le suceda a mi cuerpo una vez que muera.
- _____ Tomar decisiones acerca de tratamientos relacionados con mi salud mental, incluyendo terapia electro convulsiva y medicación antipsicótica que incluya neurolépticos.
- _____ En el caso que esté embarazada, determinar si debo tratar de seguir con mi embarazo basándose en el entendimiento de mi apoderado sobre mis valores, preferencias o instrucciones.
- _____ Continuar como mi apoderado para mi asistencia médica aún en el caso de que la disolución, anulación, o terminación de nuestro matrimonio o concubinato se encuentre en proceso o se haya completado.

Limitación de los poderes de mi apoderado

(Limiting the powers of my agent)

Deseo limitar los poderes de mi apoderado para mi asistencia médica de la siguiente manera/s _____

**PARTE II: Instrucciones sobre mi Asistencia Médica
(PART II: Health Care Instructions)**

- Doy las siguientes instrucciones sobre mi asistencia médica (las cosas que valoro y mis creencias, lo que quiero y lo que no quiero, mi punto de vista sobre tratamientos médicos y situaciones) _____

- Adjunto a la presente instrucciones adicionales con respecto a lo que valoro y mis preferencias.
Ponga su inicial en la línea correspondiente: _____ Si _____ No
- Autorizo donar mis órganos, tejidos, y otras partes de mi cuerpo después de mi muerte.
Ponga su inicial en la línea correspondiente: _____ Si _____ No

**PARTE III: Legalización de este Documento
(PART III: Making This Document Legal)**

**Mi firma/
marca y fecha**
(My signature/mark
and date)

Estoy de acuerdo con todo lo que indica este documento y he realizado este documento voluntariamente. (I agree with everything in this document and have made this document willingly):
Mi firma (My signature): _____
Fecha (Date): _____
(día/mes/año) (day/month/year)

**Notario Público O Testigos
(Notary Public OR Witnesses)**

Notario Público
(Notary Public)

ESTADO DE MINNESOTA (STATE OF MINNESOTA)
Condado de (County of) _____
Se firmó este documento o se deja constancia del mismo ante mí el día _____
(This document was signed or acknowledged before me this) (day)
del mes de _____ del año _____ por la persona arriba mencionada.
(mes) (of month) (año) (year) by the above named principal

Firma del Notario Público (Signature of Notary Public)

**Nota: El mismo
no podrá ser
nombrado
apoderado
primario o
alternativo**

(Note: Must not be
named as agent or
alternate agent)

Dos Testigos
(Two Witnesses)

**Nota: Sólo uno
de los testigos
puede ser
proveedor de
cuidado médico
directo o
empleado de un
proveedor el
día que se
firma este
document**

(NOTE: Only one
witness can be a
direct care provider
or employee of a
provider on the day
this is signed.)

Este documento se firmó o reconoció en mi presencia. Yo no soy un agente o un agente alternativo en este documento.
(This document was signed or acknowledged in my presence. I am not an agent or alternate agent in this document.)
Firma del Testigo (Witness Signature): _____
Dirección (Address): _____
Fecha (Date): _____
(mes/día/año) (month/day/year)
Firma del Testigo (Witness Signature): _____
Dirección (Address): _____
Fecha (Date): _____
(mes/día/año) (month/day/year)

Hoja de Trabajo con Instrucciones sobre mi Asistencia Médica (Health Care Instructions Worksheet)

Parte II Directivas Médicas de Minnesota (Part II Of Minnesota Health Care Directive)

Mis Objetivos sobre mi Asistencia Médica (My Health Care Goals)

Saber lo que es importante para usted puede ayudarle a tomar decisiones sobre su asistencia médica bajo circunstancias diferentes y complejas. Lea cada declaración a continuación y en una escala de “0” a “4” indique lo importante que cada uno de estos objetivos sobre su asistencia médica es para usted. En este caso, “4” significa “Extremadamente importante” y “0” significa “No es importante” Recuerde que cuidado médico razonable debe siempre incluir mantener a una persona comfortable, limpia y mantener su dignidad humana.

OBJETIVOS SOBRE MI ASISTENCIA MÉDICA (HEALTH CARE GOALS)	No es importante (Not important)	0	1	2	3	4
¿Qué Importante es Controlar el Dolor? (How Important is Pain Control?)						
• Estar comfortable y sin dolor lo mejor posible						
• Controlar el dolor, aún si se reduce mi habilidad para pensar claramente.						
• Controlar el dolor, aún si con esto se acorta mi vida.						
¿Qué Importante es el Uso de Tratamientos para Prolongar la Vida? Cuando: (How important is the Use of Life Prolonging Treatment When:)						
• Tengo una chance razonable de recuperarme física y mentalmente (50/50+)						
• Tengo algunas limitaciones físicas pero puedo relacionarme socialmente con mis seres queridos						
• Puedo vivir una vida más larga sin importarme mi salud física o mental						
• Tengo una chance muy pequeña o no tengo chances de hacer las actividades que disfruto todos los días.						
• No puedo relacionarme socialmente con mis seres queridos.						
• Tengo una enfermedad terminal y el tratamiento sólo prolongará cuando moriré.						
• Tengo lesiones cerebrales severas o permanentes y sólo existe una pequeña posibilidad de recobrar el conocimiento						
• Tengo demencia severa o confusión y mi condición sólo empeorará						
Importancia de las Finanzas y la Asistencia Médica (Importance of Finances and Health Care)						
• Que se sigan mis deseos sin importar que mis finanzas se hayan agotado						
• No quiero ser una carga para mis seres queridos						
• No deseo que el costo de mi asistencia médica afecte la situación financiera de mis seres queridos						

También quiero hacer saber a las personas quienes han de tomar decisiones, las siguientes cosas que son importantes para mí cuando reciba asistencia médica: _____

Preferencias Sobre Mi Tratamiento Médico (My Medical Treatment Preferences)

Es de gran ayuda para otros saber si usted tiene o por qué tiene opiniones formadas sobre ciertos tratamientos médicos. Algunas de las más difíciles decisiones médicas son las que se refieren a tratamientos que se usan para prolongar la vida, como los abajo mencionados. Pueden probarse la mayoría de los tratamientos médicos por un tiempo y luego ser interrumpidos si no ayudan al paciente. Discuta esos tratamientos médicos con un proveedor de salud para asegurarse de que entiende lo que significan para usted, no sólo en su actual condición de salud sino también en su futura condición de salud.

Procedimiento Médico (Medical Procedure)	Cuando se Debe Usar y sus Efectos (When It Is Used and Its Effects)	Mi Opinión sobre Este Procedimiento (My Feelings About This Procedure)
Respirador Artificial Una orden de No Intubar (DNI) se pondrá en su historia clínica cuando usted no quiera ese procedimiento	Cuando no pueda respirar por sí mismo No podrá hablar o comer por la boca cuando esté conectado a ésta máquina	
Mantenimiento Nutricional e Hidratación	Cuando no pueda comer o beber por la boca, se usarán soluciones alimenticias para proveer suficiente nutrición y mantener la vida indefinidamente. Se pueden poner las soluciones alimenticias a través de un tubo en el estómago, nariz, intestino o venas.	
Reanimación Cardiopulmonar (RCP) Se pondrá una Orden de No Reanimar en su historia clínica cuando usted no quiera este procedimiento.	Se realizarán acciones para hacer que su corazón y sus pulmones comiencen a funcionar si se detienen, esto incluye golpear su pecho, electrochoque, fibrilación, uso de medicaciones y un tubo en su garganta.	
Diálisis	Es una forma mecánica de limpiar la sangre cuando los riñones no funcionan	

Mi opinión y preocupación sobre otros tratamientos incluye: _____

Si estoy embarazada, mi opinión sobre tratamiento médico incluiría: _____

**Mis Creencias Religiosas y Espirituales
(My Religious and Spiritual Beliefs)**

Las creencias religiosas o espirituales y las tradiciones tienen influencia sobre lo que la gente piensa sobre ciertos tratamientos médicos, lo que la calidad de vida significa para ellos, y como desean ser tratados cuando estén muriendo o cuando hayan muerto.

Las personas que tomen las decisiones deben saber lo siguiente sobre cómo mis creencias religiosas y espirituales afectan mi atención médica: _____

Mi religión/espiritualidad/es: _____

Mi congregación/comunidad espiritual (nombre, ciudad, estado): _____

Deseo que se consulte a mi (sacerdote/pastor/rabino/chamán/líder espiritual)
_____ Si _____ No Si contesta que sí, indique la persona a contactar:

**Mi Opinión sobre la Calidad y Duración de mi Vida
(Feelings about Quality and Length of Life)**

Opino lo siguiente sobre si se debe preservar mi vida lo más que se pueda.: _____

Las siguientes condiciones mentales y físicas me harían pensar que un tratamiento médico no debería usarse para mantenerme vivo: _____

Mis Preferencias Sobre Mi Cuidado Cuando Esté muriendo
(My Preferences for Care When Dying)

Si es posible o razonable cuando esté muriendo, prefiero recibir mi cuidado médico:

En mi casa _____
 En el hospital. ¿Cuál? _____
 En el asilo de ancianos. ¿Cuál? _____
 A través de los servicios/cuidado del hospicio. ¿Cuál? _____
 De otros proveedores de cuidado médico. ¿Quiénes? _____

Tengo otros deseos sobre mi cuidado si estoy muriendo _____

Mis Deseos Sobre Donación de Órganos, Tejidos, u Otras Partes del Cuerpo
(My Wishes About Donating Organs, Tissues, or Other Body Parts)

Ponga su inicial en las líneas que correspondan:

Yo deseo donar mis órganos, tejidos, u otras partes de mi cuerpo cuando muera.
 Los órganos que se necesiten, tejidos u otras partes del cuerpo.
 Solamente los que se encuentran a continuación en una lista, órganos, tejidos, o partes del cuerpo. _____

Limitaciones o deseos especiales que he incluido: _____

NO deseo donar órganos, tejidos, u otras partes del cuerpo cuando muera

Instrucciones Adicionales sobre Mi Asistencia Médica
(Additional Health Care Instructions)

Las personas que tomen las decisiones sobre mi salud deben saber también lo siguiente sobre mí para ayudarles a decidir sobre mi asistencia médica: _____

Yo estoy de acuerdo de que estas son mis instrucciones sobre mi asistencia médica y he completado lo siguiente voluntariamente.

Mi firma: _____

Fecha en que se completó: _____
(mes/día/año)

• Esta hoja de trabajo se encuentra adjunta a mis Directivas Médicas Anticipadas
Inicializar una de las siguientes: Si No