

Las **decisiones sobre la atención médica y en la etapa final de la vida** pueden ser las decisiones más importantes que debe tomar. Usted puede decidir sobre el tipo de atención que desea mientras puede tomar sus propias decisiones.

Las **instrucciones por adelantado** tienen que ver con tomar decisiones por uno mismo y comunicarse con su familia y amigos sobre la atención a recibir al final de la vida.

## PODER NOTARIAL SIN CADUCIDAD PARA DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA (K.S.A. 58-625 a 632)

- Le permite nombrar a una persona que legalmente puede tomar decisiones de atención médica por usted durante un período de discapacidad o incapacidad. El agente designado a menudo se conoce como su DPOA.
- Los poderes otorgados generalmente incluyen: decisiones sobre atención médica, elección de médicos y atención a largo plazo.
- Los términos del formulario pueden incluir: el rechazo o retiro del consentimiento para el uso de procedimientos de soporte vital, la disposición de los restos o el consentimiento para la donación de órganos y la realización de una autopsia.
- La persona que firma el formulario debe ser mayor de edad y competente al momento de firmar el documento.
- La persona designada como su DPOA debe poder defender los deseos de usted sobre las decisiones de atención médica, más allá de sus propias preferencias. Es importante que la persona que completa este formulario comparta sus deseos y aspiraciones personales sobre las decisiones de salud con el agente designado.
- El agente de atención médica (DPOA) no puede cancelar el testamento vital de una persona.

## DECLARACIÓN - TESTAMENTO VITAL (K.S.A. 65-28, 101 ET.SEQ)

- Este formulario le permite a usted declarar de antemano que su proceso de muerte no debe prolongarse artificialmente en caso de una enfermedad terminal.
- El testamento vital se aplica solo cuando la persona ha sido diagnosticada y certificada como enferma terminal por dos médicos.
- El testamento vital le da a su DPOA designado y al médico las instrucciones con respecto a sus deseos para el final de la vida.

## INSTRUCCIONES SOBRE ATENCIÓN MÉDICA

- Le permite indicar de antemano las opciones de tratamiento específicas que a usted le gustaría recibir o no.
- Este formulario puede ayudar al DPOA a comprender sus preferencias de tratamiento.
- Este formulario se puede archivar en su historia clínica.

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE ORDEN DE NO REANIMAR (K.S.A. 65-4941.ET.SEQ)

- Le permite a usted optar por **no** utilizar la Reanimación Cardio-Pulmonar (RCP) cuando se encuentre en un estado terminal en su proceso de enfermedad. *En el estado de Kansas, se requiere la firma de un médico.*
- Solo usted o su DPOA designado pueden tomar esta decisión.
- Este formulario dice: "Si mi corazón deja de latir o si dejo de respirar, no se iniciará ningún procedimiento médico para reanudar la respiración o el funcionamiento del corazón. No se intentará ningún tipo de reanimación". Este formulario **no** detiene las medidas de tratamiento. Solo detiene los esfuerzos de reanimación.

# PODER NOTARIAL SIN CADUCIDAD PARA DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA



## DECLARACIÓN GENERAL DE AUTORIDAD OTORGADA

Yo, \_\_\_\_\_, (fecha de nacimiento) \_\_\_\_\_,  
designo y nombro a: NOMBRE DEL AGENTE: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR: \_\_\_\_\_  
AGENTE ALTERNATIVO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR: \_\_\_\_\_  
como mi agente para las decisiones de atención médica y, de conformidad con el texto que se indica a continuación,  
en mi nombre para:

- (1) Dar, rechazar o retirar el consentimiento para cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar una enfermedad física o mental; y para tomar decisiones sobre donación de órganos, autopsia y disposición del cuerpo.
- (2) Realizar todos los trámites necesarios en cualquier hospital, hospital psiquiátrico o centro de tratamiento psiquiátrico, hospicio, hogar de ancianos o instituciones similares; contratar o despedir personal de atención médica, incluidos médicos, psiquiatras, psicólogos, dentistas, enfermeros, terapeutas o cualquier otra persona que tenga licencia, esté certificada, o de otra manera autorizada o con permiso, por las leyes de este estado, para administrar atención médica según el agente considere necesario para mi bienestar físico, mental y emocional.
- (3) Solicitar, recibir y revisar cualquier información, verbal o escrita, con respecto a mis asuntos personales o mi salud física o mental, incluidos los registros hospitalarios y las historias clínicas, y ejecutar cualquier divulgación de otros documentos que puedan ser necesarios para obtener dicha información.

*Al ejercer la concesión de autoridad establecida anteriormente y a los efectos de las decisiones de atención médica, mi agente deberá: guiarse por mis instrucciones sobre atención médica; o guiarse por discusiones previas si no se establecen instrucciones.*

### LIMITACIONES DE AUTORIDAD:

- (1) Los poderes del agente en este documento se limitarán a la medida establecida por escrito en este poder notarial sin caducidad con respecto a decisiones de atención médica, y no incluirán el poder de revocar o invalidar cualquier declaración anterior existente hecha de acuerdo con la ley de muerte natural.
- (2) El agente tendrá prohibido autorizar el consentimiento para los siguientes conceptos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- (3) Este poder notarial sin caducidad para decisiones de atención médica estará sujeto a las siguientes limitaciones adicionales: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:** Este poder notarial para decisiones de atención médica entrará en vigencia cuando no pueda tomar decisiones o no pueda comunicar mis deseos con respecto a la atención médica. Este poder notarial sin caducidad para decisiones de atención médica no se verá afectado por mi discapacidad o incapacidad posterior.

**REVOCACIÓN:** Por la presente, queda revocado cualquier poder notarial sin caducidad para decisiones de atención médica que hubiera hecho anteriormente. Este poder notarial sin caducidad será revocado por cualquier instrumento por escrito ejecutado, presenciado o reconocido de la misma manera que se requiere en este documento o podrá establecerse otra forma de revocación, si se desea.

**EJECUCIÓN:** Ejecutado el día \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_, Kansas.  
FECHA CONDADO

### REPRESENTADO:

FIRMA

### TESTIGO:

*Este documento debe ser (1) atestiguado por dos personas mayores de edad que no sean el agente, que no estén emparentadas con el representado por consanguinidad, matrimonio o adopción, que no tengan derecho a ninguna parte del patrimonio del representado y que no sean financieramente responsables por la atención médica del representado; o (2) reconocido por un notario público.*

TESTIGO: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

TESTIGO: \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

### (O BIEN)

SELLO DEL NOTARIO:

ESTADO DE: \_\_\_\_\_ CONDADO DE: \_\_\_\_\_

ESTE INSTRUMENTO FUE RECONOCIDO ANTE MÍ EL DÍA: \_\_\_\_\_ POR: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL NOTARIO: \_\_\_\_\_ MI NOMBRAMIENTO VENCE EL: \_\_\_\_\_



Declaración realizada el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.

Yo, \_\_\_\_\_, (fecha de nacimiento) \_\_\_\_\_, quiero que todos los que se preocupan por mí sepan qué atención médica deseo.

Una calidad de vida aceptable para mí es aquella que incluye las siguientes capacidades y valores.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Reconocer a mi familia y amigos. | <input type="checkbox"/> Comunicarme.                |
| <input type="checkbox"/> Alimentarme solo.                | <input type="checkbox"/> Ser receptivo a mi entorno. |
| <input type="checkbox"/> Tomar decisiones.                | <input type="checkbox"/> Otros. _____                |
| <input type="checkbox"/> Poder cuidar de mí mismo.        |  |

- Quiero que mi médico pruebe tratamientos por tiempo limitado cuando el objetivo sea restaurar mi salud o ayudarme a experimentar una vida de manera que coincida con mis valores y deseos. Quiero que se retiren dichos tratamientos cuando no puedan lograr este objetivo o se vuelvan demasiado dificultosos para mí.

Entre los tratamientos de tiempo limitado que **NO** aceptaría bajo ninguna circunstancia se encuentran:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Reanimación cardiopulmonar (RCP).      | <input type="checkbox"/> Cirugías.      |
| <input type="checkbox"/> Ingesta de alimentos o agua por sonda. | <input type="checkbox"/> Ventiladores.  |
| <input type="checkbox"/> Antibióticos.                          | <input type="checkbox"/> Transfusiones. |
| <input type="checkbox"/> Diálisis.                              | <input type="checkbox"/> Otros. _____   |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia                          |   |

- Siempre espero recibir atención y tratamiento para el dolor o la incomodidad, incluso si dicha atención puede afectar la forma en que duermo, como o respiro.

- Quiero que mi muerte sea lo más natural posible. Por lo tanto, ordeno que no se administre ningún tratamiento (incluidos la ingesta de alimentos o agua por sonda) solo para mantener mi cuerpo en funcionamiento cuando tenga una enfermedad que me provocará la muerte pronto, o una enfermedad tan grave que no tenga ninguna esperanza razonable de lograr una calidad de vida que sea aceptable para mí.

En ausencia de mi capacidad para dar instrucciones con respecto al uso de dichos procedimientos de soporte vital, mi intención es que mi familia y médico(s) respeten esta declaración como la expresión final de mi derecho legal a rechazar tratamientos médicos o quirúrgicos y aceptar las consecuencias de tal negativa.

Entiendo la importancia total de esta declaración y soy emocional y mentalmente competente para hacer esta declaración.

Tengo la intención de que estas sean mis instrucciones para mi(s) médico(s), otros proveedores de atención médica, mi familia y todos los demás.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

UBICACIÓN: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, KANSAS.  
CIUDAD CONDADO

# ORDEN DE NO REANIMAR (DNR)

## FORMULARIO DE SOLICITUD



### DECISIÓN DE LIMITAR EL ALCANCE DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Yo, \_\_\_\_\_, (fecha de nacimiento) \_\_\_\_\_, solicito se limite la atención médica de emergencia para mí tal como se describe a continuación.

**Si mi corazón deja de latir o si dejo de respirar, no se iniciará ningún procedimiento médico para reanudar la respiración o el funcionamiento del corazón. No se intentará ningún tipo de reanimación.**

- Entiendo que el procedimiento al que me niego, conocido como reanimación cardiopulmonar (RCP), incluye compresiones torácicas, ventilación asistida, intubación, desfibrilación, administración de medicamentos cardiotónicos y otros procedimientos médicos relacionados.

- No tengo la intención de que esta decisión me impida obtener atención médica de emergencia o de otro tipo, especialmente medidas de comodidad y medicamentos para el dolor, indicados por un médico antes de mi muerte.

- Entiendo que puedo revocar estas instrucciones en cualquier momento.

- Doy permiso para que esta información se proporcione a proveedores de atención de emergencia, médicos, enfermeras u otros miembros del personal de atención médica.

- Este formulario de DNR permanecerá vigente mientras esté internado en un centro de atención médica o en un hogar de cuidado, así como durante el traslado hacia o desde un hogar para dicho centro.

Por la presente, acepto la orden de no reanimar (DNR) y solicito la entrada de una orden de DNR. Tengo la intención de que estas sean mis instrucciones para mi(s) médico(s), otros proveedores de atención médica, mi familia y todos los demás.

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL TESTIGO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

*En caso de que el poder notarial sin caducidad para las decisiones de atención médica esté en vigencia, el DPOA acepta y da su consentimiento respecto de los deseos de una orden de DNR teniendo en cuenta los mejores intereses del paciente:*

FIRMA DEL DPOA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL TESTIGO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

### ORDEN DEL MÉDICO TRATANTE

*Declaro que estas instrucciones son el deseo expreso del paciente, son médicamente apropiadas y están documentadas en la historia clínica permanente del paciente. **En caso de un paro cardíaco o respiratorio agudo, no se intentará la reanimación cardiopulmonar. Esta es una ORDEN de DNR.***

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

### DISPOSICIÓN DE REVOCACIÓN

*Por la presente retiro la declaración anterior.*

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_