

**Formulario de instrucciones anticipadas opcionales
para el cuidado de la salud de New Mexico
EXPLICACIÓN PARA LOS ASEGURADOS**

Usted tiene derecho a dar instrucciones acerca de su propio cuidado de salud. También tiene derecho a nombrar a alguien más para que tome las decisiones del cuidado de salud por usted. Este formulario le permite hacer cualquier o ambas cosas. También le permite expresar sus deseos en relación con el nombramiento de su médico de atención primaria.

ESTE FORMULARIO ES OPCIONAL. Cada párrafo y cada palabra de este formulario también son opcionales. Si utiliza este formulario, puede tachar, completar o modificar todo o cualquier parte del mismo. Tiene la libertad de usar un formulario distinto. Si usa este formulario, asegúrese de firmarlo y colocar la fecha.

La PARTE 1 de este formulario es un mandato para el cuidado de salud. La PARTE 1 le permite nombrar a otra persona como su apoderado para tomar las decisiones del cuidado de salud por usted en el caso que quede incapacitado para tomar sus propias decisiones o si desea que alguien más tome esas decisiones por usted ahora a pesar de que aún tenga la capacidad. También puede nombrar a un apoderado alterno para que actúe en su nombre si su primera opción no está dispuesta, no puede o no está disponible razonablemente para tomar las decisiones por usted. A menos que esté relacionado con usted, su apoderado no puede ser un propietario, operador o empleado de una institución del cuidado de salud en la cual esté recibiendo atención.

A menos que el formulario que firme limite la autoridad de su apoderado, su apoderado puede tomar todas las decisiones del cuidado de salud por usted. Este formulario tiene un área en donde puede limitar la autoridad de su apoderado. No es necesario que limite la autoridad de su apoderado si desea confiar en este para todas las decisiones del cuidado de salud que haya que tomar. Si decide no limitar la autoridad de su apoderado, este tendrá el derecho de:

1. dar o negar su consentimiento a cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o afectar de otra manera la condición física o mental;
2. seleccionar o dejar de usar proveedores de servicios de salud e instituciones;
3. aprobar o no aprobar las pruebas de diagnóstico, procedimientos quirúrgicos, programas de medicamentos y órdenes para no resucitar; así como
4. indicar la provisión, retención o retiro de una hidratación o nutrición artificial y todas las demás formas de cuidado de salud.

La PARTE 2 de este formulario le permite dar instrucciones específicas acerca de cualquier aspecto del cuidado de su salud. Se le proveen las opciones para que exprese sus deseos en relación con un tratamiento vital, incluyendo proveer hidratación y nutrición artificial, así como proveer algo para el alivio del dolor. Además, usted puede expresar sus deseos respecto a si desea hacer una donación anatómica de parte o todos sus órganos y tejido. También se provee espacio para que agregue las opciones que haya elegido o para que escriba cualquier deseo adicional.

La PARTE 3 de este formulario la permite nombrar a un médico para que tenga la principal responsabilidad del cuidado de su salud.

Después de completar este formulario, firme y coloque la fecha al final del formulario. Se recomienda, más no se exige, que solicite a otras dos personas que firmen como testigos. Entregue una copia del formulario firmado y completo a su médico, a cualquier otro proveedor de servicios de salud que pueda tener, a cualquier institución de cuidado de salud en la cual esté recibiendo atención y a cualquier apoderado para el cuidado de la salud que haya nombrado. Tiene que hablar con la persona que haya nombrado como apoderado para asegurarse de que él o ella entiendan sus deseos y estén dispuestos a tomar responsabilidad.

Usted tiene derecho a revocar esta instrucción anticipada para el cuidado de salud o reemplazar este formulario en cualquier momento.

PARTE 1
MANDATO PARA EL CUIDADO DE SALUD

(1) **NOMBRAMIENTO DE UN APODERADO:** Nombro a la siguiente persona como mi apoderado para tomar las decisiones del cuidado de salud en mi nombre:

(nombre de la persona que eligió como apoderado)

(dirección)

(ciudad)

(estado)

(código postal)

(teléfono de casa)

(teléfono de oficina)

Revoco la autoridad de mi apoderado o si mi apoderado no está dispuesto, no puede o no está razonablemente disponible para tomar una decisión sobre el cuidado de salud por mí, nombro como mi primer apoderado alterno a:

(nombre de la persona que eligió como primer apoderado alterno)

(dirección)

(ciudad)

(estado)

(código postal)

(teléfono de casa)

(teléfono de oficina)

Revoco la autoridad de mi apoderado y mi primer apoderado alterno o si ninguno está dispuesto, no puede o no está razonablemente disponible para tomar una decisión sobre el cuidado de salud por mí, nombro como mi segundo apoderado alterno a:

(nombre de la persona que eligió como segundo apoderado alterno)

(dirección)

(ciudad)

(estado)

(código postal)

(teléfono de casa)

(teléfono de oficina)

(2) **AUTORIDAD DEL APODERADO:** Mi apoderado está autorizado para obtener y repasar los expedientes médicos, informes e información sobre mi persona y a tomar todas las decisiones sobre el cuidado de salud en mi nombre, incluyendo las decisiones de proveer, retener o retirar la hidratación o nutrición artificial y todas las demás formas de cuidado de salud para mantenerme vivo, salvo por lo que indico aquí:

(Agregar hojas adicionales si es necesario).

(3) **CUÁNDO ENTRA EN VIGOR LA AUTORIDAD DEL APODERADO:** La autoridad de mi apoderado entra en vigor cuando mi médico primario y algún otro profesional calificado del cuidado de salud determinan que no puedo tomar mis propias decisiones sobre el cuidado de salud. Si coloco mis iniciales en esta casilla [_____], la autoridad de mi apoderado para tomar las decisiones sobre el cuidado de salud en mi nombre, entra en vigor inmediatamente.

(4) **OBLIGACIÓN DEL APODERADO:** Mi apoderado tendrá que tomar decisiones sobre el cuidado de salud en mi nombre de conformidad con este mandato para el cuidado de salud, cualquier instrucción que yo dé en la Parte 2 de este formulario y mis demás deseos, en la medida que sean conocidos para mi apoderado. En la medida que mis deseos se desconozcan, mi apoderado tomará las decisiones sobre el cuidado de salud por mí de acuerdo con lo que mi apoderado determine que sea en mi mejor interés. Al determinar mi mejor interés, mi agente deberá considerar mis valores personales en la medida que este los conozca.

(5) **NOMBRAMIENTO DE UN TUTOR LEGAL:** Si es necesario que el tribunal nombre un tutor legal para mi persona, nombro al apoderado designado en este formulario. Si dicho apoderado no está dispuesto, no puede o no está razonablemente disponible para actuar como tutor legal, nombro a los apoderados alternos a quienes he nombrado, en el orden en que fueron designados.

PARTE 2 INSTRUCCIONES PARA EL CUIDADO DE SALUD

Si no está satisfecho en permitir que su apoderado determine qué es lo mejor para usted al tomar decisiones para el final de su vida, no será necesario que llene esta parte del formulario. Si no llena esta parte del formulario, puede tachar cualquier parte que no desee.

(6) **DECISIONES PARA EL FINAL DE LA VIDA:** Si no puedo tomar o comunicar mis decisiones respecto al cuidado de mi salud, y SI (i) tengo una condición incurable o irreversible que resultará en mi muerte en un tiempo relativamente corto, O (ii) si quedo inconsciente y, en un grado razonable de certeza médica, no recuperaré la conciencia, O (iii) los riesgos y cargas probables del tratamiento superarían los beneficios esperados, **ENTONCES** ordeno que mis proveedores de servicios de salud y otros involucrados en mi cuidado provean, retengan o retiren el tratamiento de conformidad con la opción en la cual haya colocado mis iniciales más adelante, en una de las siguientes tres casillas:

ELIJO NO prolongar la vida

No deseo que se prolongue mi vida.

ELIJO prolongar la vida

Deseo que se prolongue mi vida tanto como sea posible dentro de los límites de los estándares del cuidado de salud generalmente aceptados.

ELIJO permitir que mi apoderado decida

Mi apoderado bajo el mandato para el cuidado de salud puede tomar las decisiones del tratamiento vital en mi nombre.

(7) **NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIAL:** Escogí arriba NO prolongar la vida, también lo específico al marcar mis iniciales a continuación:

NO deseo nutrición artificial O

SÍ deseo nutrición artificial.

NO deseo hidratación artificial a menos que se requiera para mi comodidad O

SÍ deseo hidratación artificial.

(8) ALIVIO PARA EL DOLOR: No obstante las elecciones que haya hecho en este formulario y salvo por lo que indique en el siguiente espacio, ordeno que se provea la mejor atención médica posible para mantenerme limpio, cómodo y sin dolor o incomodidad en todo momento, de manera que se conserve mi dignidad, incluso si este cuidado acelera mi muerte:

(9) DESIGNACIÓN DE DONACIÓN ANATÓMICA: Al momento de mi muerte especifico según marqué más adelante, si decido hacer una donación anatómica de todos o parte de mis órganos o tejido:

ELIJO hacer una donación anatómica de todos o parte de mis órganos o tejido que se determinará mediante la idoneidad médica al momento del fallecimiento, y que se pueda mantener el apoyo artificial lo suficiente para que se extirpen los órganos.

ELIJO hacer una donación anatómica parcial de parte de mis órganos y tejido según se especifica más adelante, y que se pueda mantener el apoyo artificial lo suficiente para que se extirpen los órganos.

ME NIEGO a hacer cualquier donación de cualquiera de mis órganos o tejido.

ELIJO permitir que mi apoderado decida.

(10) OTROS DESEOS: (Si quiere escribir sus propias instrucciones, o quiere agregar a las instrucciones que dio anteriormente, puede hacerlo aquí). Ordeno que:

(Agregar hojas adicionales si es necesario).

PARTE 3 MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

(11) Nombro al siguiente médico como mi médico de atención primaria:

(nombre del médico)

(dirección)

(ciudad)

(estado)

(código postal)

(teléfono)

Si el médico que nombré arriba no está dispuesto, no puede o no está razonablemente disponible para actuar como mi médico de atención primaria, nombro al siguiente médico como mi médico de atención primaria:

(nombre del médico)

(dirección) (ciudad) (estado) (código postal)

(teléfono)

(12) EFECTO DE LA COPIA: una copia de este formulario tiene el mismo efecto que su original.

(13) REVOCACIÓN: Entiendo que puedo revocar esta INSTRUCCIÓN ANTICIPADA OPCIONAL PARA EL CUIDADO DE SALUD en cualquier momento, y que si la revoco, debo notificar de inmediato a mi proveedor de servicios de salud supervisor y a cualquier institución del cuidado de salud en donde esté recibiendo atención, así como a cualquier otra persona a quien le haya dado copias de este mandato. Entiendo que puedo revocar el nombramiento de un apoderado ya sea por medio de un escrito firmado o al informar personalmente al proveedor de servicios de salud supervisor.

(14) FIRMAS: Firme y coloque la fecha en el formulario aquí:

(fecha) (firme su nombre)

(dirección) (escriba su nombre con letra de molde)

(ciudad) (estado) (su número de Seguro Social)

(Opcional) FIRMAS DE LOS TESTIGOS:

Primer testigo:

Segundo testigo:

(escribir nombre con letra de molde)

(dirección)

(ciudad) (estado)

(firma del testigo)

(fecha)

(escribir nombre con letra de molde)

(dirección)

(ciudad) (estado)

(firma del testigo)

(fecha)