



Paquete de planificación

Paquete de decisiones sobre el final de la vida para pacientes y familias

Primeros pasos – ¿qué es lo más importante para usted?

El punto de partida de su plan para el final de la vida son sus propios valores y prioridades. ¿Qué es importante para usted? En una situación en la que no pueda cuidarse ni hablar por usted mismo, ¿qué tipo de atención querría? ¿Qué no quiere que pase? Mientras piensa en lo que es importante para usted en caso de enfrentar esta situación, considere lo siguiente:

Sus creencias y valores personales

¿Cómo afectan sus creencias espirituales o religiosas a sus actitudes sobre enfermedades terminales, las decisiones de tratamiento o la muerte y morir? ¿Querría tratamientos para mantener la vida, sin importar las circunstancias, o preferiría una muerte natural en los casos en que la recuperación no sea posible?

Preocupaciones por la calidad de vida

¿Qué competencias o funciones básicas son importantes para usted para sentir que quiere seguir viviendo? Por ejemplo, ¿siente que debe poder reconocer a sus seres queridos o comunicarse con los demás?

Tipos de tratamientos para mantener la vida

¿Hay tratamientos o procedimientos específicos que usted sabe que querría o definitivamente no querría si le diagnosticaran una enfermedad terminal y no pudiera elegir por usted mismo?

Su red de apoyo

Si está en una situación en la que no puede tomar decisiones por usted mismo, su red de apoyo se vuelve primordial. ¿Hay algún proveedor en particular que quiera que ayude a su familia a dirigir su atención? ¿Hay personas que no quiera que participen en sus decisiones de atención médica?

Finalmente, a medida que avanza en este proceso, hablar con sus seres queridos sobre sus valores, prioridades y, en última instancia, sus decisiones es importante para asegurar que se cumplan sus deseos. Teniendo estas conversaciones, a veces difíciles, usted ayuda a asegurar que recibirá la atención y los procedimientos que estableció como importantes si alguna vez está en una posición en la que no puede comunicarlos usted mismo. Su proveedor aquí en Primary Health puede ayudarlo con su proceso de toma de decisiones y a tener estas conversaciones con sus seres queridos.

Una nota final: El estado de Idaho tiene una parte completa de su sitio web dedicada a las Directivas de atención médica, que da los formularios básicos para Idaho (los requisitos varían de un estado a otro) y una sección de preguntas frecuentes que responde muchas preguntas sobre el proceso y sus derechos. Su proveedor también puede responder muchas de esas preguntas, pero el sitio es una buena referencia y recurso para obtener los formularios y procesos adecuados en Idaho para la toma de decisiones sobre el final de la vida. El sitio web de directivas anticipadas de Idaho está en: <https://healthandwelfare.idaho.gov/services-programs/birth-marriage-death-records/advance-directives-and-registry-services>

Los formularios disponibles en este sitio también están disponibles en este paquete, pero si prefiere completarlos en el sitio web, puede hacerlo.

Planificación anticipada de la atención médica

El proceso de hablar y documentar sus preferencias para la atención médica que le gustaría recibir a futuro en caso de que no pudiera tomar sus propias decisiones. El mejor momento para tomar estas decisiones es cuando puede elegir por sí mismo.

Declaración médica de voluntad anticipada

Un plan escrito que identifica y nombra a su representante de atención médica y le permite dar instrucciones detalladas sobre el tipo de tratamiento médico que desea recibir en caso de urgencia médica. Este documento solo entrará en vigor si usted no puede comunicar sus deseos por sí mismo a su equipo médico.

Representante de atención médica

Una persona en la que usted confía y a la que autoriza a tomar decisiones médicas en su nombre en el momento en que usted no pueda tomarlas por sí mismo. Es importante hablar y compartir con su representante sus deseos en materia de atención médica. También puede elegir representantes alternativos en caso de que su representante principal no esté disponible.

Registro de declaraciones médicas de voluntad del estado de Idaho

Una plataforma web segura en la que puede crear, almacenar y compartir sus declaraciones médicas de voluntad anticipada en línea con familiares, amigos o su equipo médico, y a la que puede acceder siempre que lo necesite. El registro lo gestiona y mantiene el Departamento de Salud y Bienestar.

Imagine este escenario:

Un evento traumático que haya puesto en peligro su vida lo ha dejado incapacitado para comunicarse con los demás, participar en sus propios cuidados diarios, tomar decisiones o planificar tratamientos. Aunque se le estén proporcionando todos los cuidados y tratamientos disponibles, sus médicos han determinado que su enfermedad y/o lesión no se puede curar, que es probable que muera o que su función cerebral no se recupere.

Pregúntese a sí mismo:

- *¿Qué significa para mí "vivir bien"? Si tuviera un buen día, ¿qué pasaría ese día? ¿Con quién hablaría y qué haría? ¿Qué me da alegría o consuelo?*
- *¿Qué creencias culturales, religiosas, espirituales o personales pueden ayudarme a elegir los cuidados que deseo o no deseo?*

Comience a planificar:

Planifique con anticipación y mantenga conversaciones con su familia y su proveedor de atención médica. Decida qué tratamientos desea en una situación de urgencia. Designe a su representante de atención médica y coménteles sus deseos. Documente estos deseos en una declaración médica de voluntad anticipada y asegúrese de mantener su plan actualizado.

¿A quién debo elegir como representante de atención médica?

La mayoría de las personas nombran como representante a su cónyuge, pareja, pariente o amigo íntimo. Lo más importante es que confíe en esa persona sin ninguna duda. Piense en esto:

- *¿Quién respetará mis deseos y defenderá mis decisiones aunque ellos u otros no estén de acuerdo? ¿Quién puede tomar esas decisiones importantes en mi nombre en situaciones difíciles o estresantes?*
- *¿Quién puede y quiere desempeñar esta función y estará disponible en caso de emergencia?*

Vea el reverso de esta página para obtener más información

PREGUNTAS FRECUENTES

¿Cuándo se usa mi declaración médica de voluntad anticipada?

Usted controla su propia atención médica. Si usted se vuelve incapaz de hablar, comunicarse o elegir sus deseos, su equipo médico seguirá las instrucciones descritas en su declaración médica de voluntad anticipada y las indicaciones de su representante de atención médica.

¿Qué necesito para que mi declaración médica de voluntad anticipada sea legal?

Debe tener al menos 18 años y capacidad para comprender y comunicar sus decisiones y preferencias de tratamiento. Debe hacerse por escrito e incluir lo siguiente:

- *Un poder notarial sin vencimiento para la atención médica completo en el que se nombre a su representante de atención médica y un testamento en vida con instrucciones para su tratamiento médico.*
- *Su nombre completo, firma y fecha de entrada en vigor del documento. En Idaho, su firma no necesita ser atestiguada o certificada por un notario.*

¿Dónde puedo encontrar un formulario de declaración médica de voluntad anticipada?

Puede completar un formulario electrónico directamente en su cuenta del Registro de declaraciones médicas de voluntad del estado de Idaho. Si aún no tiene una cuenta, visite <https://idaho-acp.vyncahealth.com> para registrarse. También puede descargar una declaración médica de voluntad anticipada y un formulario de inscripción en la dirección de la página web del DHW que encontrará aquí: <https://healthandwelfare.idaho.gov/advancedirective>. Aunque muchas personas completan su declaración médica de voluntad anticipada por su cuenta, si desea ayuda, hable con su equipo médico. Es posible que haya un facilitador disponible para ayudarlo.

¿Puedo cambiar de opinión?

¡Sí! Puede crear o actualizar su declaración médica de voluntad anticipada en cualquier momento. Si realiza cambios, asegúrese de proporcionar una copia a cualquier persona u organización que tenga la copia desactualizada. Se recomienda que revise su declaración médica de voluntad anticipada anualmente, o cada vez que haya cambios en su estado de salud.

¿Dónde debo guardar la declaración médica de voluntad anticipada completa?

Guarde su copia original en un lugar de fácil acceso donde guarde otros documentos importantes. Guarde una copia electrónica en el Registro de declaraciones médicas de voluntad del estado de Idaho, donde podrán acceder los familiares, amigos y profesionales médicos autorizados. También puede proporcionar copias a su representante de atención médica, proveedor de atención primaria u hospital local.

¿Es válida mi declaración médica de voluntad anticipada en otros estados?

Cada estado tiene sus propios requisitos para una declaración médica de voluntad anticipada, aunque la mayoría respetan las creadas en otro estado. Si pasa mucho tiempo en otro estado, infórmese de los requisitos en ese estado. Lleve consigo una copia de su declaración médica de voluntad anticipada cuando viaje.



IHDR@dhw.idaho.gov



(208) 334-5501



<https://healthandwelfare.idaho.gov/advancedirective>



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE
DIVISION OF PUBLIC HEALTH

Actualizado en marzo de 2023

Planificación anticipada de la atención médica

El proceso de hablar y documentar sus preferencias para la atención médica que le gustaría recibir a futuro en caso de que no pudiera tomar sus propias decisiones. El mejor momento para tomar estas decisiones es cuando puede elegir por sí mismo.

Declaración médica de voluntad anticipada

Un plan escrito que identifica y nombra a su representante de atención médica y le permite dar instrucciones detalladas sobre el tipo de tratamiento médico que desea recibir en caso de urgencia médica. Este documento solo entrará en vigor si usted no puede comunicar sus deseos por sí mismo a su equipo médico.

Representante de atención médica

Una persona en la que usted confía y a la que autoriza a tomar decisiones médicas en su nombre en el momento en que usted no pueda tomarlas por sí mismo. Es importante hablar y compartir con su representante sus deseos en materia de atención médica. También puede elegir representantes alternativos en caso de que su representante principal no esté disponible.

Registro de declaraciones médicas de voluntad del estado de Idaho

Una plataforma web segura en la que puede crear, almacenar y compartir sus declaraciones médicas de voluntad anticipada en línea con familiares, amigos o su equipo médico, y a la que puede acceder siempre que lo necesite. El registro lo gestiona y mantiene el Departamento de Salud y Bienestar.

Antibióticos

Fármaco u otros medicamentos que se utilizan para tratar infecciones causadas por bacterias u otros microorganismos.

Hidratación y nutrición artificiales

El uso de vías intravenosas o la inserción de tubos en la boca, nariz o estómago del paciente para suministrarle líquidos y nutrientes en caso de que no pueda comer o beber.

Reanimación cardiopulmonar (RCP)

Procedimiento de emergencia que consiste en presionar repetidamente el pecho de una persona y forzar el aire a través de su boca. La reanimación cardiopulmonar también puede incluir la administración de medicamentos o el uso de equipos especiales para dar descargas eléctricas al corazón o colocar un tubo en la garganta para asistir en la respiración.

Estado del código

Describe el tipo de intervención de emergencia (*si la hubiera*) que un equipo médico administraría en caso de que el corazón y/o los pulmones de un paciente dejaran de funcionar.

- *Código completo significa que se intenta la reanimación cardiopulmonar.*
- *No reanimar (DNR) significa que no se intenta la reanimación cardiopulmonar, pero sí se toman las medidas para asegurar el bienestar del paciente.*

Medidas para asegurar el bienestar del paciente

Tratamiento centrado en los síntomas cuya finalidad es controlar el dolor y proporcionar alivio físico y emocional para que el paciente pueda estar lo más cómodo posible. El tratamiento puede incluir la administración de oxígeno o medicamentos, pero no incluye respiradores, hidratación artificial ni nutrición artificial. Las medidas para asegurar el bienestar del paciente se pueden aplicar en cualquier entorno.

Diálisis

Una máquina que limpia la sangre si los riñones no funcionan con normalidad. Unos riñones sanos ayudan al organismo a eliminar los productos de desecho y el exceso de líquido en la sangre.

[Vea el reverso de esta página para obtener más información](#)

Hospicio

Un equipo de especialistas que promueven la calidad de vida cuando una persona se acerca al final de su vida. Los equipos de cuidado de hospicio ofrecen alivio del dolor físico, emocional y espiritual que puede conllevar una enfermedad terminal y otras enfermedades. El cuidado de hospicio puede prestarse en la mayoría de los entornos.

Vía intravenosa

Tubo de plástico estrecho y flexible que se introduce en una vena con una aguja. Se utiliza para administrar fluidos artificiales, medicamentos y sangre al organismo.

Cuidados paliativos

Atención médica especializada para personas con enfermedades graves. Este tipo de atención se centra en aliviar los síntomas de una enfermedad grave. El objetivo es mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de su familia.

Órdenes del médico para el alcance del tratamiento (POST)

Formulario reservado a las personas con una lesión, enfermedad o patología incurable o irreversible, o para pacientes que se encuentran en estado vegetativo persistente. Una POST es una orden médica firmada por un proveedor de atención médica que describe decisiones específicas de tratamiento médico. Un formulario POST no sustituye una declaración médica de voluntad anticipada y no nombra a un representante de atención médica. Solicite más información a su proveedor de atención médica.

Respirador artificial

Una máquina que empuja una mezcla de aire y oxígeno dentro y fuera de sus pulmones para respirar por usted. La máquina conecta un tubo que ingresa por la boca y desciende por la tráquea hasta el fondo de la garganta.

Para obtener más información sobre la creación de una declaración médica de voluntad anticipada, póngase en contacto con su equipo médico o hable con un representante del Registro de declaraciones médicas de voluntad del estado de Idaho.



IHDR@dhw.idaho.gov



(208) 334-5501



<https://healthandwelfare.idaho.gov/advancedirective>



IDAHO DEPARTMENT OF
HEALTH & WELFARE
DIVISION OF PUBLIC HEALTH

Actualizado en marzo de 2023

Formulario de Registro de documentos de voluntades médicas anticipadas

Este formulario es **necesario** para agregar una copia impresa del Documento de voluntades anticipadas u órdenes médicas de alcance del tratamiento (POST, por sus siglas en inglés) al registro. Envíe por correo electrónico el formulario y los documentos de voluntades médicas anticipadas a IHDR@dhw.idaho.gov o envíelos por correo a la dirección que aparece a continuación (**se prefiere el correo electrónico**). Llame al 208-334-5501 si tiene preguntas.

Yo quiero:

- Guardar una copia de mi Documento de voluntades anticipadas o POST en el Registro.
- Sustituir mi Documento de voluntades anticipadas que está actualmente en el Registro con el que se adjunta.
- Revocar mi Documento de voluntades anticipadas de atención médica del Registro.

La siguiente información personal se proporciona con esta solicitud para almacenar mi Documento de voluntades anticipadas en el Registro de documentos de voluntades médicas anticipadas de Idaho. Certifico que el documento de voluntades anticipadas, el poder notarial sin vencimiento para atención médica o las POST que acompañan a este acuerdo constituyen mis voluntades anticipadas de atención suscritas de acuerdo con las leyes del estado de Idaho.

Entiendo que el uso del registro es totalmente voluntario y no es obligatorio. El registro solo hace que estos documentos sean más accesibles para los proveedores de atención médica, las organizaciones de atención médica y las personas que yo elija.

LA CONFIRMACIÓN DE REGISTRO SE ENVIARÁ AL SOLICITANTE ÚNICAMENTE POR CORREO ELECTRÓNICO. LOS DOCUMENTOS DE LAS VOLUNTADES MÉDICAS ANTICIPADAS NO SERÁN DEVUELTOS.

Complete este formulario de registro y envíelo por correo electrónico o adjúntelo con una COPIA de sus voluntades anticipadas de atención médica o POST.

Primer nombre, segundo nombre, apellido *obligatorio		Fecha de nacimiento *obligatorio
Dirección *obligatorio		Sexo (M/F/otro) *obligatorio
Ciudad, estado, código postal *obligatorio	Teléfono *obligatorio	Últimos cuatro núm. SSN (opcional)
Dirección de correo electrónico *obligatorio y no puede ser utilizado por otro registrante. Si no hay correo electrónico, ingrese "ninguno"		

DIRECCIÓN PARA ENVIAR CONFIRMACIÓN DE REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS POR CORREO ELECTRÓNICO, SI DIFERENTE A LA ANTERIOR.

Nombre, apellido	
Dirección	Ciudad, estado, código postal
Teléfono	Dirección de correo electrónico

Firma del Registrante

Fecha

Firme, feche y envíe a:
Correo electrónico (preferible):
IHDR@dhw.idaho.gov

0
Registro de voluntades de atención médica
del estado de Idaho
450 W State Street, 4th Floor
P.O. Box 83720

PODER NOTARIAL SIN VENCIMIENTO PARA ATENCIÓN MÉDICA Y TESTAMENTO EN VIDA DEL ESTADO DE IDAHO

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha del documento de voluntades: _____

Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____

El término "voluntades anticipadas" se usa de forma general para describir este documento. Hay dos partes: 1) el poder notarial sin vencimiento para atención médica y 2) el testamento en vida. El propósito de este formulario es ayudarlo a planificar con anticipación para que sus seres queridos y el equipo de atención médica sepan qué atención desea si experimenta una crisis médica y no puede hablar por sí mismo.

PODER NOTARIAL SIN VENCIMIENTO PARA ATENCIÓN MÉDICA

Esta parte de mis voluntades anticipadas crea un poder notarial sin vencimiento para la atención médica. Este poder notarial permanecerá vigente si quedo incapacitado y surtirá efectos **solo** cuando no pueda comunicarme o tomar mis propias decisiones de atención médica.

A los efectos de estas voluntades anticipadas, "decisión de atención médica" significa:

- consentimiento
- denegación del consentimiento; o
- retiro del consentimiento

a cualquier atención, tratamiento o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar un padecimiento médico de una persona.

1. **DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE.** Designo y nombro a la siguiente persona como mi representante de atención médica para que tome decisiones de atención médica por mí según se autoriza en este Documento de voluntades médicas anticipadas:

Nombre del representante de atención médica: _____

Relación: _____ Número de teléfono del representante de atención médica: _____

Dirección: _____

2. **DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTES ALTERNATIVOS.** Si la persona designada como mi representante de atención médica en el apartado 1:

- no está disponible o deja de ser elegible para actuar como mi representante para tomar una decisión de atención médica por mí; o
- pierde la capacidad mental para tomar decisiones de atención médica por mí; o
- si revoco la designación o autoridad de esa persona para actuar como mi representante para tomar decisiones de atención médica por mí,

entonces designo y nombro a la siguiente persona para que actúe como mi representante para tomar decisiones de atención médica por mí según se autoriza en este Documento de voluntades médicas anticipadas (*Usted no está obligado a designar representantes alternativos, pero puede hacerlo. Los representantes alternativos que usted designe podrán tomar las mismas decisiones de atención médica que el representante designado en el apartado 1 anterior, en caso de que esa persona no pueda o no sea elegible para actuar como su representante*).

A. Nombre del primer representante alternativo: _____

Relación: _____ Número de teléfono del representante alternativo: _____

Dirección: _____

B. Nombre del segundo representante alternativo: _____

Relación: _____ Número de teléfono del representante alternativo: _____

Dirección: _____

Si alguno de los representantes designados anteriormente es mi cónyuge, y nuestro matrimonio se disuelve (divorcio o anulación) después de la creación de estas voluntades anticipadas, el nombramiento de ese representante se revoca automáticamente a partir de la fecha de la disolución.

Ninguno de los siguientes puede ser designado como su representante o representante alternativo:

- *Su proveedor de atención médica tratante;*
- *Un empleado de su proveedor de atención médica tratante que no sea familiar suyo;*
- *Un operador de un centro de atención comunitaria; o*
- *Un empleado de un operador de un centro de atención comunitaria que no sea familiar suyo.*

3. DECLARACIÓN GENERAL DE LA AUTORIDAD CONFERIDA. Por la presente confiero a mi representante autoridad plena para tomar decisiones de atención médica por mí en la misma medida en que yo podría tomar tales decisiones por mí mismo si tuviera la capacidad de hacerlo. Mi representante tomará decisiones de atención médica que coincidan con mis deseos que se establecen en este Documento de voluntades médicas anticipadas o que se le informen a mi representante verbalmente o por escrito. Esto incluye, entre otros, mis deseos con respecto a obtener, rechazar o retirar la atención, el tratamiento y los procedimientos de soporte vital. Esta autoridad incluye seguir mis deseos según se indique en un testamento en vida o un documento similar otorgado por mí.

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

A. Otorgamiento de facultad y poder general. Sujeto a cualquier limitación de este Documento de voluntades médicas anticipadas, mi representante tiene el poder y la autoridad para hacer todo lo siguiente:

- Solicitar, revisar y recibir cualquier información verbal o escrita con respecto a mi salud física o mental, incluidos, entre otros, registros médicos y hospitalarios;
- Suscribir en mi nombre cualquier descargo u otros documentos que puedan ser necesarios para obtener esta información;
- Consentimiento para la divulgación de esta información; y
- Consentimiento para la donación de cualquiera de mis órganos con fines médicos.

B. Autoridad de revelación en virtud de la HIPAA. Mi representante será tratado como lo sería yo con respecto a mis derechos con respecto del uso y divulgación de mi información médica identificable individualmente u otros registros médicos. Esta autorización de revelación se aplica a cualquier información regida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos de 1996 (HIPAA), 42 U.S.C. 1320d y 45 CFR 160 a 164. Autorizo a cualquier médico, profesional de atención médica, dentista, plan de salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia u otro proveedor de atención médica cubierto, a cualquier compañía de seguros y a Medical Information Bureau, Inc. u otra cámara de compensación de atención médica que me haya brindado tratamiento o servicios, o que haya pagado o procure mi pago por tales servicios, a dar, divulgar y revelar a mi representante, sin restricciones, toda mi información médica identificable individualmente y mis registros médicos respecto de cualquier padecimiento médico o mental pasado, presente o futuro, incluida toda la información relacionada con el diagnóstico de VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades mentales y abuso de drogas o alcohol. La autoridad conferida a mi representante prevalecerá sobre cualquier otro acuerdo que pueda haber hecho con mis proveedores de atención médica para restringir el acceso o la divulgación de mi información médica identificable individualmente.

5. FIRMA DE DOCUMENTOS, RENUNCIAS Y LIBERACIONES. Cuando sea necesario para implementar las decisiones de atención médica que este Documento de voluntades médicas anticipadas autoriza a mi representante a tomar, mi representante tiene la autoridad para suscribir en mi nombre todo lo siguiente:

- a) Documentos titulados o que pretendan ser una "Negativa a permitir el tratamiento" o una "Salida del hospital en contra de las recomendaciones médicas"; y
- b) Cualquier renuncia necesaria o liberación de responsabilidad que requiera un hospital o un médico.

6. **REVOCACIÓN DE DESIGNACIONES ANTERIORES.** Revoco cualquier poder notarial sin vencimiento para atención médica anterior.

Continúe al testamento
en vida en la página
siguiente.

TESTAMENTO EN VIDA
Voluntades para retener o brindar el tratamiento

Esta parte de mis directivas anticipadas crea mi testamento en vida, que me permite tomar decisiones sobre cualquier tratamiento médico de soporte vital que desee o no. Estas voluntades anticipadas surtirán efecto solo si no puedo comunicar mis instrucciones y:

- A. Tengo una lesión, enfermedad, dolencia o afección incurable y un médico que me ha examinado ha certificado:
 - I. Que tal lesión, enfermedad, dolencia o afección es terminal; y
 - ii. Que la aplicación de procedimientos de soporte vital artificial serviría solo para prolongar artificialmente mi vida; y
 - iii. Que mi muerte es inminente, ya sea que se utilicen o no procedimientos artificiales de soporte vital.

0

B. Me han diagnosticado que estoy en estado vegetativo persistente.

SI ME ENCUENTRO EN UNA DE LAS SITUACIONES ANTERIORES, mis opciones son las siguientes: (Elija la casilla 1, 2 o 3 a continuación , marque la casilla y ponga sus iniciales en la línea después de la casilla que marcó).

Independientemente del cuadro elegido, se proporcionará manejo del dolor y de los síntomas (atención para la comodidad).

1. ____ Si mi muerte es inminente, no deseo recibir tratamiento médico ni que se inicien procedimientos y, si ya se iniciaron, quiero que se retiren todos esos tratamientos y procedimientos, incluyendo retirar la nutrición (como una sonda gástrica) y la hidratación artificiales.

0

2. ____ Si mi muerte es inminente, no quiero ningún tratamiento, atención o procedimientos de soporte vital artificial, excepto la nutrición e hidratación artificiales de la manera siguiente:

Marque **una casilla** y coloque sus iniciales en la línea después de la casilla que marcó:

- A. ____ Solo hidratación artificial
- B. ____ Sólo nutrición artificial
- C. ____ Hidratación y nutrición artificial

0

3. ____ Si mi muerte es inminente, quiero todo el tratamiento, la atención y los procedimientos médicos necesarios para mantenerme con vida, incluyendo nutrición e hidratación artificiales.

DISPOSICIONES ESPECIALES (OPCIONAL)

Las siguientes son declaraciones adicionales de mis deseos. *Marque todas las casillas que correspondan y coloque sus iniciales en la línea después de las casillas que marcó:*

SI ME DIAGNOSTICAN EMBARAZO:

____ Esta voluntad anticipada se cumplirá en su totalidad durante el transcurso de mi embarazo.

O

____ Indico que el siguiente tratamiento será no será retenido o retirado:

O

____ Mis instrucciones con respecto a la atención médica no tendrán vigencia durante mi embarazo, salvo que mi representante de atención médica esté autorizado para tomar tales decisiones por mí.

____ Si tengo una afección médica que no me vaya a ocasionar una muerte inminente y de la cual probablemente no me recuperaré, soy incapaz de pensar o comunicarme y dependo de otros para mi cuidado, no deseo que se inicien tratamientos o procedimientos médicos de soporte vital. Si ya se comenzaron, deseo que se retiren todos los tratamientos y procedimientos, incluidas la nutrición artificial (como una sonda gástrica) y la hidratación artificial. En tal condición, quiero que la atención se centre en mi comodidad.

____ Otras situaciones descritas en el cuadro a continuación (*si es necesario, adjunte y firme páginas adicionales*):

Esta sección no es obligatoria y puede usarse para describir sus deseos y voluntades.

Algunos ejemplos de lo que puede incluirse aquí son: no admisión a la unidad de cuidados intensivos; preferencia de reanimación*; personas que usted no desea que participen en sus decisiones médicas; limitaciones a las opciones de tratamiento, incluidos los límites de tiempo; voluntad de tener una sonda de alimentación permanente; deseos para su funeral y su entierro; donación de órganos o el cuerpo, entre otros.

*NOTA: Si desea establecer una orden de DNR (No reanimar), debe completar un formulario POST. Pídale a su médico, profesional de enfermería especializada o médico asistente que complete un formulario POST con usted. *Un formulario POST (órdenes médicas para el alcance del tratamiento) contiene órdenes médicas específicas para personas con una enfermedad grave.*

VERIFICACIÓN DEL FORMULARIO POST DE IDAHO. *Marque una casilla y coloque sus iniciales en la línea después de la casilla que marcó:*

____ He rellenado un formulario de Órdenes médicas para el alcance del tratamiento (POST) que contiene instrucciones que pueden ser más específicas que estas voluntades anticipadas, pero son compatibles con ellas. Por este medio apruebo esas órdenes y las hago parte de estas voluntades anticipadas.

O

____ No he rellenado un formulario de Órdenes médicas para el alcance del tratamiento (POST). Si relleno un formulario POST en una fecha posterior, este testamento en vida se considerará modificado para que sea compatible con los términos del formulario POST.

FIRMA DEL OTORGANTE. *Debe firmar este poder notarial sin vencimiento para atención médica y testamento en vida para que sea válido.*

Entiendo a plenitud la importancia de este Documento de voluntades médicas anticipadas y soy mentalmente competente para elaborarlo. No se responsabilizará de forma alguna a ningún participante en la elaboración de este Documento de voluntades médicas anticipadas o en su puesta en práctica por cumplir con mis instrucciones.

La autoridad conferida a mi representante no tiene fecha de vencimiento y vencerá solo en caso de que yo la revoque por escrito.

Firmo mi nombre a continuación en este Poder notarial sin vencimiento para atención médica y testamento en vida del estado de Idaho, en la fecha que figura al inicio de este documento.

Firma

Formulario de POST de IDAHO: Órdenes médicas portátiles

Los profesionales de atención médica solo deben completar este formulario después haberlo conversado con el paciente o su representante. El proceso de toma de decisiones para las órdenes médicas de alcance del tratamiento (POST, por sus siglas en inglés) es para pacientes que corren el riesgo de sufrir un episodio clínico potencialmente mortal porque tienen una afección médica grave que limita la vida, lo que puede incluir fragilidad avanzada (www.polst.org/guidance-aprópeta-pacientes-pdf).

Datos del paciente. Nota para los pacientes: Tener un formulario de POST siempre es voluntario.

<p>Esto es una orden médica, no un documento de voluntades médicas anticipadas. Para obtener información sobre las POST y comprender este documento, visite: www.polst.org/form</p>	<p>Nombre del paciente: _____</p> <p>Segundo nombre/Inicial: _____ Nombre preferido: _____</p> <p>Apellido: _____ Sufijo (Jr., Sr., etc.): _____</p> <p>Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): ____/____/____ Estado donde se rellenó el formulario: ____ IDAHO</p> <p>Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> X Últimos 4 dígitos del Número de Seguro Social (opcional): xxx-xx-_____</p>
---	---

A. Órdenes de reanimación cardiopulmonar. Siga estas órdenes si el paciente no tiene pulso o no respira.

Elija 1	<input type="checkbox"/> NO RCP: No intente resucitación. (Puede elegir cualquier opción en la sección B)	<input type="checkbox"/> SÍ RCP: Intento de reanimación, incluida ventilación mecánica, desfibrilación y cardioversión. Requiere elegir Tratamientos completos en la sección B)
----------------	--	--

B. Órdenes de tratamiento: Siga estas órdenes si el paciente tiene pulso o está respirando.

Vuelva a evaluar y debatir las intervenciones con el paciente o el representante del paciente regularmente para garantizar que los tratamientos cumplan con los objetivos de atención del paciente. Considere una prueba contrarreloj de intervenciones basadas en objetivos y resultados específicos.

Elija 1	<input type="checkbox"/> Tratamientos centrados en la comodidad. <u>Objetivo: Maximizar la comodidad mediante el manejo de los síntomas; permitir la muerte natural.</u> Usar oxígeno, succión y tratamiento manual de la obstrucción de las vías respiratorias según sea necesario para su comodidad. Evite los tratamientos enumerados en su totalidad o seleccionar los tratamientos a menos que coincidan con objetivo de comodidad. Transferir al hospital solo si no se puede lograr la comodidad en el entorno actual.
	<input type="checkbox"/> Tratamientos selectivos. <u>Objetivo: Intentar restaurar las funciones evitando los cuidados intensivos y los esfuerzos de reanimación (ventilador, desfibrilación y cardioversión).</u> Puede usar presión positiva no invasiva en las vías respiratorias, antibióticos y líquidos intravenosos según se indique. Evitar cuidados intensivos. Traslado al hospital si las necesidades de tratamiento no pueden satisfacerse en la ubicación actual.
	<input type="checkbox"/> Tratamiento Completo (obligatorio si elige RCP en la sección A). <u>Objetivo: Intentar mantener la vida por todos los medios médicamente efectivos.</u> Brindar tratamientos médicos y quirúrgicos apropiados según lo indicado para intentar prolongar la vida, incluidos los cuidados intensivos.

C. Órdenes o instrucciones adicionales. Estas órdenes se suman a las anteriores (p. ej., productos sanguíneos, diálisis).

[Los protocolos de los servicios médicos de emergencia pueden limitar la capacidad del personal de respuesta para actuar según las órdenes de esta sección.]

D. Nutrición con asistencia médica (Ofrecer comida por boca si es seguro y si el paciente lo desea y tolera)

Elija 1	<input type="checkbox"/> Proporcionar alimentación a través de sondas nuevas o existentes colocadas quirúrgicamente	<input type="checkbox"/> No se desean medios artificiales de nutrición.
	<input type="checkbox"/> Período de prueba para nutrición artificial, pero sin tubos colocados quirúrgicamente	<input type="checkbox"/> No se habló o no se tomó una decisión (normas asistenciales establecidas)

E. FIRMA: Paciente o representante del paciente (los documentos firmados electrónicamente son válidos)

Entiendo que este formulario es voluntario. He conversado sobre mis opciones de tratamiento y objetivos de atención con mi proveedor. Si firma como representante del paciente, los tratamientos coinciden con la voluntad conocida del paciente y es para su beneficio.

<input checked="" type="checkbox"/> (obligatorio)	Fecha:	El formulario de POST válido que se haya rellenado más recientemente sustituye a todos los formularios de POST rellenos antes.
Si no es el paciente, escriba su nombre completo en letra de imprenta:		

F. FIRMA: Proveedor de atención médica (los documentos firmados electrónicamente son válidos) Se aceptan órdenes verbales con firma de seguimiento.

He debatido esta orden con el paciente o su representante. Las órdenes reflejan la voluntad conocida del paciente, en mi leal saber y entender.
[Nota: Solo un profesional de la salud con licencia autorizado por ley para firmar el formulario de POST en el estado donde se completó puede firmar esta orden]

<input checked="" type="checkbox"/> (obligatorio)	Fecha (mm/dd/aaaa): Obligatorio / /	Nro. de teléfono: ()
Nombre completo en letra de imprenta:		Nro. Licencia/Cert.:

Nombre y apellidos del paciente:

Información de contacto (opcional pero útil)

Contacto de emergencia del paciente . (Nota: Incluir a una persona aquí no le otorga la autoridad para ser el representante legal. Solo un documento de voluntades médicas anticipadas o una ley estatal pueden otorgar esa autoridad).

Nombre y apellidos:	<input type="checkbox"/> Representante legal <input type="checkbox"/> Otro contacto de emergencia	Nro. de teléfono: Día: () Noche: ()
---------------------	--	---

Nombre del proveedor de atención primaria:	Teléfono: ()
--	---------------------

<input type="checkbox"/> El paciente está inscrito en un hospicio	Nombre de la agencia: Teléfono de la agencia: ()
---	---

Información para completar el formulario (opcional pero útil)

Se revisó el documento de voluntades médicas anticipadas del paciente para confirmar que no hay conflicto con las POST: (Un formulario de POST no sustituye a un documento de voluntades médicas anticipadas ni a un testamento en vida)	<input type="checkbox"/> Sí; fecha del documento revisado: _____ <input type="checkbox"/> Existe conflicto, paciente notificado (si el paciente carece de capacidad, anotado en la historia clínica) <input type="checkbox"/> Documento de voluntades médicas anticipadas no disponible <input type="checkbox"/> No existen voluntades anticipadas
---	---

Marque a todos los que participaron en la conversación:	<input type="checkbox"/> Paciente con capacidad de decisión	<input type="checkbox"/> Tutor designado por el tribunal	<input type="checkbox"/> Padre del menor
	<input type="checkbox"/> Sustituto legal / Representante de atención médica	<input type="checkbox"/> Otro: _____	

Profesional que asiste al proveedor de atención médica a rellenar el formulario (si corresponde): Nombre y apellidos:	Fecha(mm/dd/aaaa): / /	Nro. de teléfono: ()
--	---------------------------	-----------------------------

Relación de esta persona con el paciente:	<input type="checkbox"/> Trabajador social	<input type="checkbox"/> Enfermero	<input type="checkbox"/> Sacerdote	<input type="checkbox"/> Otro:
---	--	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

Información e instrucciones del formulario

- Cómo completar un formulario de POST:
 - El proveedor debe documentar los fundamentos de este formulario en las notas de la historia clínica del paciente.
 - Las leyes estatales aplicables determinan el representante del paciente y, de acuerdo con las leyes estatales, el representante puede ejecutar o anular este formulario de POST solo si el paciente está incapacitado para tomar decisiones.
 - Solo los proveedores de atención médica autorizados para firmar formularios de POST en su estado o en el DC pueden firmar este formulario. Consulte www.polst.org/state-signature-requirements-pdf para conocer quién está autorizado en cada estado y en el DC
 - Se entrega el original (si está disponible) al paciente; el proveedor guarda una copia en el registro médico.
 - Los últimos 4 dígitos del SSN son opcionales, pero pueden ayudar a identificar o cotejar a un paciente con su formulario.
 - Si se utiliza un formulario de POST traducido durante la conversación, adjunte la traducción al formulario en inglés firmado.
- Uso del formulario de POST:
 - Las secciones incompletas de una POST no crean presunción alguna sobre las preferencias de tratamiento del paciente. Establecen las normas asistenciales.
 - No se debe utilizar desfibrilador (incluidos los desfibriladores externos automáticos) ni compresiones torácicas si se elige "No RCP".
 - Para todas las opciones, usar fármacos por cualquier vía adecuada, posicionamiento, atención de heridas y otras medidas para aliviar el dolor y el sufrimiento.
- Revisión del formulario de POST: Este formulario no caduca, pero debe revisarse cada vez que el paciente:
 - (1) se traslade de un entorno o nivel de atención a otro;
 - (2) tenga un cambio sustancial en su estado de salud;
 - (3) cambie de proveedor primario; o
 - (4) cambie sus preferencias de tratamiento o sus objetivos de atención.
- Modificaciones al formulario de POST: Este formulario no se puede modificar. Si se necesitan cambios, anule el formulario y complete un nuevo formulario de POST.
- Anular un formulario de POST:
 - Si un paciente o representante del paciente (por falta de capacidad del paciente) desea anular el formulario: Destruya el formulario en papel y comuníquese con el proveedor de atención médica del paciente para anular las órdenes en la historia clínica del paciente (y el registro de POST, si corresponde). La ley estatal puede limitar la facultad de anulación del representante del paciente.
 - Para proveedores de atención médica: Destruir la copia del paciente (si es posible), anular la nota en el formulario de registro del paciente y notificar a los registros (si corresponde).
- Formularios adicionales. Se pueden obtener visitando www.polst.org/form
- Según lo permita la ley, este formulario puede agregarse a un registro electrónico seguro para que los proveedores de atención médica puedan encontrarlo.

Información específica para el estado	Para códigos de barras / pegatinas de identificación
---------------------------------------	--