Documento de decisión anticipada

Fecha de Revisión: 6/1/2026

Clinica Sierra Vista

`

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Índice

Introducción **4**

Planificación de Documento de decisión anticipada 4

Cómo elegir a su representante para la atención médica **5**

Función del representante para la atención médica 5

Sus metas y lo que usted valora **7**

Autorización para Persona responsable del cuidado de un adulto o representante designado **10**

Declaración jurada de autorización de la Persona Responsable del Cuidado de Salud **11**

Información Adicional 12

Donación de órganos y tejidos (opcional) **13**

Donación del cuerpo (opcional) 13

Firma del formulario **14**

Firma de dos testigos **15**

Notario Público **17**

Introducción

Planificación de Documento de decisión anticipada

En Clinica Sierra Vista, nos comprometemos en ser su aliado en la toma de decisiones sobre su atención médica. Nuestro objetivo es brindar atención compasiva y de alta calidad que apoye las metas de salud individuales de cada paciente. Consideramos esencial que usted esté plenamente informado sobre su salud y que se sienta con la confianza necesaria para expresar sus preferencias y prioridades personales.

Cuando su equipo de atención médica comprende lo que es más importante para usted, puede utilizar mejor su experiencia clínica para apoyarle en sus objetivos y brindarle una atención que refleje lo que usted valora.

La planificación de decisión anticipada de la atención médica le permite colaborar estrechamente con su equipo de atención médica para que conozca lo que usted desea y lo incorpore en futuras decisiones sobre su atención médica. Le recomendamos reflexionar sobre lo que usted valora, sus preferencias y el tipo de atención que desearía recibir. Esto puede incluir el considerar qué aspectos de su calidad de vida son los más importantes para usted, qué actividades valora y qué situaciones médicas preferiría evitar.

Puede hablar con su equipo de atención médica sobre sus preferencias y documentarlo en este formulario. También tiene la opción de designar a un representante para la atención médica, es decir, una persona de su confianza que pueda tomar decisiones en su nombre en caso de que usted no pueda hacerlo.

Este formulario de decisión anticipada tiene como finalidad ayudarle a registrar y comunicar sus preferencias relacionadas con la atención médica.

Utilice este formulario de decisión anticipada para indicar cómo desea que se le brinde atención médica en el futuro:

Páginas 2 a 4: Identifique y escriba sus metas y lo que usted valora relacionado con la atención médica.
Páginas 5 y 6: Designe a una persona que pueda hablar en su nombre si usted no puede expresarse por sí mismo.
Página 7: Considere la donación de órganos.
Páginas 8 a 10: Firme el formulario en presencia de testigos o de un notario para que tenga validez legal.

Después de completar su formulario de decisión anticipada, hable sobre este con su equipo de atención médica.

Cómo elegir a su representante para la atención médica

Un representante para la atención médica es la persona que usted elige para que tome decisiones médicas en su nombre cuando usted ya no pueda tomarlas por sí mismo. Puede ser la persona que más se preocupa por usted, la persona con quien tiene una relación más cercana o la persona que considera que respetará y cumplirá sus deseos. En este formulario de decisión anticipada, usted designará a su representante para la atención médica.

¿Qué es el poder notarial para la atención médica?

> En California, designar a un representante para la atención médica forma parte de un documento legal denominado **Poder Notarial para la Atención Médica**, el cual está incluido en un formulario de *Decisión Anticipada Sobre la Atención Médica*. Este documento le permite elegir a una persona de confianza para que tome decisiones médicas en su nombre en caso de que usted no pueda tomar decisiones o comunicarse por sí mismo. Su representante para la atención médica utilizará sus deseos y lo que usted valore como guía para tomar estas decisiones.

Usted debe hablar con la persona que elija como su representante para la atención médica por dos motivos:

- Para asegurarse de que sepa que usted le designado como su representante para la atención médica.
- Para asegurarse de que conozca las metas de usted, así como lo que usted valora en relación con la atención médica, para que de esa manera pueda tomar las decisiones que a usted le gustaría.

La mayoría de las personas eligen a su cónyuge, hijo, hija, hermano o hermana como representante para la atención médica; sin embargo, también puede designar a otro familiar o a un amigo cercano.

Función del representante para la atención médica

Su representante para la atención médica tendrá la autoridad de tomar prácticamente cualquier decisión médica que usted podría tomar por sí mismo.

Su representante para la atención médica tendrá la autoridad de:

- Hablar con su equipo de atención médica sobre su estado de salud y las opciones de tratamiento
- Elegir a los proveedores de atención médica y el lugar donde usted recibirá el tratamiento
- Revisar su expediente médico y autorizar su divulgación cuando sea necesario
- Aceptar o rechazar tratamientos médicos para usted, incluidos la nutrición e hidratación artificiales y la reanimación cardiopulmonar (CPR)
- Tomar decisiones sobre la donación de tejidos y órganos, así como sobre la realización de una autopsia
- Tomar decisiones sobre el cuidado de su cuerpo después de que usted haya fallecido

Su representante para la atención médica debe:

- Tener la capacidad legal para desempeñarse como su representante (tener al menos 18 años y no ser su proveedor de atención médica ni empleado de este, a menos que sea un familiar cercano suyo o su cónyuge)
- Estar disponible cuando sea necesario y dispuesto a tomar decisiones en su nombre
- Sentirse cómodo haciendo preguntas a su equipo de atención médica y ser capaz de tomar las decisiones sobre la atención médica que usted desearía

Representante para la atención médica

Debe designar a un representante principal para la atención médica. La designación de representantes suplentes es opcional; estos actuarán únicamente si el representante principal no está disponible o no está dispuesto a hacerlo.

Representante Principal para la Atención Médica (Requerido)

Nombre: _____

Parentesco: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Primer Representante Suplente para la Atención Médica (opcional)

Nombre: _____

Parentesco: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Segundo Representante Suplente para la Atención Médica (opcional)

Nombre: _____

Parentesco: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Sus metas y lo que usted valora

Su equipo de atención médica utilizará tratamientos médicos para tratar de alcanzar las metas que usted tenga. Cuando una persona está gravemente enferma, muchas personas consideran sus objetivos de tratamiento en función de las condiciones en las que estarían dispuestas a vivir.

No desearía recibir tratamientos médicos para intentar mantenerme con vida si ya no pudiera yo
(Marque cada afirmación con la que esté de acuerdo)

☐ Vivir sin estar conectado permanentemente a un respirador artificial
☐ Reconocer a mis familiares y amigos, y hablar con ellos
☐ Alimentarme, bañarme o cuidar de mí mismo
☐ Vivir sin dolor o malestar intensos
☐ Pensar con suficiente claridad para tomar decisiones cotidianas
☐ Otro: _____

_____

_____

☐ Ninguna de las opciones anteriores aplica. Mi vida siempre merece ser vivida, sin importar cuán enfermo esté.

En ocasiones, cuando una persona está gravemente enferma, se utilizan tratamientos de soporte vital mientras el equipo de atención médica intenta ayudarla a recuperarse. Estos tratamientos pueden incluir la reanimación cardiopulmonar (RCP), un tubo respiratorio o diálisis. Teniendo en cuenta las afirmaciones que seleccionó anteriormente, ¿desearía recibir tratamientos de soporte vital?:

(Escoja una opción)
☐ **Nunca**, bajo ninguna circunstancia
☐ **Sólo** si existe una **alta** probabilidad de sobrevivir y vivir de una manera que sea aceptable para mí
☐ Si existe al menos una probabilidad **moderada** de sobrevivir y vivir de una manera que sea aceptable para mí
☐ Aún si la probabilidad de sobrevivir y vivir de una manera que sea aceptable para mí es **baja**
☐ Desearía que mi representante para la atención médica tomara esta decisión por mí, si fuera necesario

Para obtener más información sobre los tratamientos de soporte vital, consulte a su médico.

Si tiene deseos o preferencias sobre recibir o no recibir tratamientos de soporte vital, como reanimación cardiopulmonar (CPR), un tubo respiratorio, diálisis, una sonda de alimentación u otros tratamientos, como transfusiones de sangre, escríbalos aquí. Estos deseos se utilizarán como instrucciones de atención médica para su representante para la atención médica.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Escriba cualquier otra creencia o valor que desearía que su representante para la atención médica conociera si usted llegara a no poder expresarse por sí mismo.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

¿Hay algo que usted quiere que su equipo de atención médica sepa sobre su religión o espiritualidad?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

¿Hay algún líder religioso o espiritual de la comunidad que desee que participe?
(Proporcione la información de contacto)

_____

_____

_____

Si estuviera tan enfermo que no fuera a recuperarme, preferiría morir, de ser posible:
(Elija una o más de las siguientes opciones)

- ☐ En casa, bajo el cuidado de un programa de cuidados paliativos para pacientes terminales
- ☐ En el hospital
- ☐ En un centro de enfermería especializada
- ☐ No estoy seguro; mi representante para la atención médica puede decidirlo
- ☐ El lugar donde muera no es importante para mí

Autorización para Persona responsable del cuidado de un adulto o representante designado

Este es un formulario médico importante. Antes de firmarlo, usted debe comprender qué acciones autoriza a realizar a la persona indicada a continuación. Por favor, revise cuidadosamente este documento antes de firmarlo. ***Este formulario no es válido para servicios relacionados con la salud conductual, como servicios de salud mental, trastornos por consumo de sustancias o psiquiatría.*** *Para esos servicios se requiere documentación por separado.*

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____ Número de Expediente: _____

Este formulario otorga a la persona que usted elija el derecho de realizar las siguientes acciones (Marque con sus iniciales cada línea):

_____ Programar, cambiar o cancelar citas en su nombre. Esto incluye registrarse para citas programadas y recibir mensajes de voz, llamadas, mensajes de texto o correos electrónicos.

_____ Recoger documentos en su nombre. Esto no incluye expedientes médicos (tales como notas de seguimiento clínico, listas de medicamentos o antecedentes médicos, entre otros.

_____ Ayudar con la comunicación relacionada con medicamentos, procedimientos o referencias médicas.

_____ Pago por los servicios médicos recibidos.

Condiciones adicionales:

_____ Entiendo que este formulario NO autoriza a la persona indicada a continuación a tomar decisiones sobre mi atención médica. En el Estado de California, para designar a una persona que tome decisiones médicas en mi nombre, deberé presentar un documento que lo autorice a tomar decisiones anticipadas o un documento notariado que demuestre que cuenta con un poder legal.

Nombre de la persona responsable del cuidado de un adulto o representante autorizado (designado):
_____

Relación del representante designado con el paciente: _____

Número de teléfono del representante designado: _____

Este formulario permanecerá vigente a partir de la fecha de su firma, según lo indicado y seleccionado. Por favor elija una de las siguientes opciones. Puede indicar aquí cualquier condición relacionada con este documento. (Si desea que el formulario venza antes o después de un año, especifíquelo aquí): _____

☐ Un (1) año ☐ Dos (2) años ☐ Cinco (5) años ☐ Diez (10) años

_____

Nombre del Paciente Firma del Paciente Fecha

_____

Nombre del Designado Firma del Designado Fecha

Declaración jurada de autorización de la Persona Responsable del Cuidado de Salud

El uso de esta declaración jurada está autorizado por la Parte 1.5, a partir de la Sección 6550, de la División 11 del Código de Familia de California.

Instrucciones: Completar los puntos 1 al 4 y firmar la declaración jurada es suficiente para autorizar la inscripción de un menor en la escuela y la atención médica relacionada con la escuela. Para autorizar cualquier otro tipo de atención médica, también es necesario completar los puntos 5 al 8. Escriba claramente con letra de molde.

El menor nombrado a continuación vive en mi hogar y yo tengo 18 años de edad o más.

1. Nombre del menor: _____
2. Fecha de nacimiento del menor: _____
3. Mi nombre, (como adulto que otorga la autorización):
   _____
4. Domicilio de mi hogar:
   _____
   _____
5. ☐ Soy abuelo, abuela, tía, tío u otro familiar calificado del menor. Consulte la siguiente página para ver la definición de "familiar calificado".
6. **Marque una o ambas opciones**, por ejemplo, si se informó a uno de los padres y no se puede localizar al otro:
   ☐ He informado al padre, a la madre o a las demás personas que tienen la custodia legal del menor sobre mi intención de autorizar la atención médica y no he recibido ninguna objeción.
   ☐ En este momento, no puedo comunicarme con el padre, la madre ni con las demás personas que tienen la custodia legal del menor para notificarles sobre la autorización que pretendo otorgar.
7. Mi fecha de nacimiento: _____
8. Número de mi licencia de conducir o tarjeta de identificación de California: _____

Advertencia: No firme este formulario si alguna de las declaraciones anteriores es incorrecta, ya que estaría cometiendo un delito sancionable con una multa, encarcelamiento o ambos.

Declaro, bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de California, que lo anterior es verdadero y correcto.

Fechado: _____ Firmado: _____

Avisos

1. **Esta declaración no afecta los derechos de los padres o del tutor legal del menor con respecto a su cuidado, custodia y control, ni significa que la persona encargada de su cuidado tenga la custodia legal del menor.**
2. **La persona que se base en esta declaración jurada no tiene la obligación de realizar ninguna consulta o investigación adicional.**
3. **Esta declaración jurada no será válida por más de un año a partir de la fecha en que se firme.**

Información Adicional

Para las personas encargadas del cuidado:

1. Para los fines del punto 5, "familiar calificado" significa cónyuge, padre, madre, padrastro, madrastra, hermano, hermana, hermanastro, hermanastra, medio hermano, media hermana, tío, tía, sobrina, sobrino, primo hermano o cualquier persona cuyo parentesco se designe con los prefijos "abuelo" o "bisabuelo", así como el cónyuge de cualquiera de las personas incluidas en esta definición, aun después de que el matrimonio haya terminado por fallecimiento o disolución.
2. La ley puede exigirle que obtenga una licencia de hogar de crianza para cuidar a un menor si usted no es familiar del menor ni padre o madre de crianza con licencia vigente. Para cualquier pregunta, comuníquese con el departamento local de servicios sociales.
3. Si el menor deja de vivir con usted, deberá notificar a cualquier escuela, proveedor de atención médica o plan de servicios de salud al que haya entregado esta declaración jurada.
4. Si no cuenta con la información solicitada en el punto 8, es decir, una licencia de conducir o tarjeta de identificación de California, proporcione otra forma de identificación, como su número de Seguro Social o número de Medi-Cal.

Para los funcionarios escolares:

1. La Sección 48204 del Código de Educación establece que esta declaración jurada constituye fundamento suficiente para determinar la residencia del menor, sin necesidad de una tutela u otra orden de custodia, a menos que el distrito escolar determine, con base en hechos concretos, que el menor no vive con la persona encargada de su cuidado.
2. El distrito escolar puede exigir evidencia adicional razonable de que la persona encargada del cuidado vive en el domicilio indicado en el punto 4.

Para los proveedores de atención médica y los planes de servicios de salud:

1. Ninguna persona que, de buena fe, se base en una declaración jurada de autorización del cuidador para proporcionar atención médica o dental, sin tener conocimiento real de hechos contrarios a los declarados en dicha declaración jurada, estará sujeta a responsabilidad penal o civil ante ninguna persona, ni a medidas disciplinarias profesionales por haberse basado en ella, siempre que se hayan completado las secciones correspondientes del formulario.
2. Esta declaración jurada no establece una relación de dependencia para fines de cobertura de atención médica.

Donación de órganos y tejidos (opcional)

La donación de sus órganos y tejidos después de su fallecimiento puede salvar la vida de otras personas. Indique a continuación si desea donar sus órganos.

☐ **Yo quiero** que mis órganos sean donados después de mi fallecimiento. ¿Qué órganos desea donar?
- ☐ Cualquier órgano
- ☐ Únicamente los siguientes (especifique): _____

☐ **No** deseo donar mis órganos

☐ Desearía que mi representante para la atención médica tomara esta decisión

Para obtener más información sobre los órganos o tejidos que pueden donarse, o para inscribirse como donante de órganos en el Estado de California, visite donatelifecalifornia.org.

Donación del cuerpo (opcional)

Donar su cuerpo para la educación médica y la investigación puede ayudar a capacitar a futuros profesionales de la salud y contribuir al avance del conocimiento científico.

☐ Estoy interesado en donar mi cuerpo después de mi fallecimiento.
Si selecciona esta opción, será necesario realizar trámites adicionales.

Para obtener más información, hable con su proveedor de atención médica o comuníquese directamente con un programa de donación de cuerpos.

¿Hay algo que desee que sus proveedores de atención médica sepan sobre cómo quiere que se cuide su cuerpo después de su fallecimiento?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma del formulario

Sus proveedores de atención médica no podrán utilizar este formulario para cumplir sus deseos hasta que usted lo firme y:

Obtenga la firma de dos testigos	**ó**	Lo haga notarizar por un notario público con licencia estatal

Firme y escriba la fecha en presencia de dos testigos o de un notario.

Nombre_____ Apellido_____

Parentesco_____

Domicilio_____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal_____

Teléfono de casa _____ Correo electrónico _____

Teléfono del trabajo _____

Teléfono celular _____

Firma de dos testigos

Si cuenta con dos testigos, pídales que firmen a continuación.
De lo contrario, lleve este formulario ante un notario público.

Sus testigos deben:	**Sus testigos no pueden:**	**Además, uno de los testigos no puede:**
• Tener 18 años de edad o más. • Conocerle. • Verle firmar este formulario.	• Ser su representante para la atención médica. • Ser su proveedor de atención médica. • Trabajar para su proveedor de atención médica. • Trabajar en el asilo de ancianos donde usted vive (si reside en uno).	• Tener ningún parentesco con usted. • Recibir un beneficio económico (dinero o bienes), después de su fallecimiento.

Pida a sus testigos que firmen y escriban la fecha.

Al firmar, confirmo que _____ firmó este formulario en mi presencia.

Esta persona se encontraba en pleno uso de sus facultades mentales y no fue obligada a firmar este formulario.

También confirmo que lo siguiente es verdadero:

- Conozco a esta persona o esta persona pudo comprobar su identidad.
- Tengo 18 años de edad o más.
- No soy su representante para la atención médica.
- No soy su proveedor de atención médica ni trabajo para su proveedor de atención médica.
- No trabajo en el lugar donde vive, (si reside en un asilo de ancianos)

Testigo #1

Nombre: _____ Apellido_____

Parentesco_____

Domicilio_____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal_____

Teléfono de casa: _____ Correo electrónico_____

Teléfono del trabajo_____

Teléfono celular _____

Testigo #2

Nombre: _____ Apellido_____

Parentesco_____

Domicilio_____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal_____

Teléfono de casa: _____ Correo electrónico_____

Teléfono del trabajo_____

Teléfono celular _____

Testigo 1 o 2 también deberá firmar la siguiente declaración:

También confirmo que lo siguiente es verdadero:

- No tengo parentesco por consanguinidad, matrimonio o adopción con la persona que firmó este formulario.
- No recibiré ningún beneficio económico (dinero o bienes), después de su fallecimiento.

Firma_____

Este documento de decisión anticipada está ahora completo. Comparta este formulario con su equipo de atención médica, su representante para la atención médica y su familia. Usted tiene derecho a revocar o modificar este documento de decisión anticipada en cualquier momento.

Notario Público

Si dos testigos no han firmado este formulario, llévelo ante un notario público.
Presente una identificación oficial con fotografía (como una licencia de conducir, pasaporte u otra identificación similar, etc.)

PUEDE UTILIZAR ESTE CERTIFICADO DE RECONOCIMIENTO ANTE UN NOTARIO PÚBLICO EN LUGAR DE LA DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS.

Un notario público u otro funcionario que complete este certificado verifica únicamente la identidad de la persona que firmó el documento al que se adjunta este certificado, y no la veracidad, exactitud ni validez de dicho documento.

Estado de California, condado de_____

El día (fecha) _____, ante mí, (nombre y cargo del funcionario _____,

compareció personalmente [nombre(s) de la(s) persona(s) firmante(s)] _____
_____,

quien(es) demostró(aron), mediante evidencia satisfactoria, ser la(s) persona(s) cuyo(s) nombre(s) aparece(n) suscrito(s) en el presente instrumento, y reconoció(eron) ante mí que lo firmó(aron) en su(s) capacidad(es) autorizada(s), y que mediante su(s) firma(s) en el instrumento, la(s) persona(s), o la entidad en cuyo nombre actuó(aron), formalizó(aron) dicho instrumento.

Certifico, BAJO PENA DE PERJURIO, conforme a las leyes del Estado de California, que el párrafo anterior es verdadero y correcto.

DOY FE con mi firma y sello oficial. [Sección 1189 del Código Civil]

Firma _____
**(Notario Público)*

Este documento de decisión anticipada está ahora completo. Comparta este formulario con su equipo de atención médica, el representante para la atención médica que haya designado y sus familiares. Este documento deberá incluirse en su expediente médico de Clínica Sierra Vista. Usted tiene derecho a actualizar o cancelar este documento de decisión anticipada en cualquier momento.