

## Instrucciones para agregar su documento de Planificación anticipada de cuidados (ACP, por sus siglas en inglés) a su expediente médico en Cone Health

### ¿Qué tipo de documentos ACP aceptamos aquí?

**Directivas anticipadas:** Esto puede incluir un poder notarial para cuidados médicos (HCPOA, por sus siglas en inglés), un testamento vital o una combinación de las dos cosas.

#### TOME EN CUENTA:

1. Un poder notarial (POA, financiero o duradero) no es lo mismo que un HCPOA.
2. En el estado de Carolina del Norte, estos documentos deben ser firmados por el paciente, un notario y dos testigos. También aceptamos las directivas anticipadas de otros estados.
  - **Órdenes médicas de tratamiento para mantener la vida (MOST, por sus siglas en inglés):** Es un documento creado por usted y su doctor y está en papel de color rosa brillante.
  - **Orden de no reanimar (DNR, por sus siglas en inglés):** Este documento lo firma un médico, un enfermero(a) especializado(a) u otro proveedor de práctica avanzada y está en papel amarillo con una señal de alto (stop).
  - **Otros tipos de documentos ACP:** Existen muchos recursos que le pueden ayudar a crear documentos ACP. Otros documentos aceptados son los Five Wishes (Cinco deseos) y PREPARE for your Care (Prepárese para sus cuidados).

### ¿Qué debo hacer con el documento terminado?

Después de terminar su Planificación anticipada de cuidados, **guarde el documento original en un lugar seguro pero de fácil acceso.**

Envíe una **COPIA LEGIBLE** de su(s) documento(s) completado(s) a Cone Health. (Asegúrese de incluir todas las páginas del documento.)

- |   |                       |  |                       |                                |
|---|-----------------------|--|-----------------------|--------------------------------|
| <b>Lleve una copia a:</b>                         | <input type="radio"/> | <b>Envíe por correo::</b>  | <input type="radio"/> | <b>Por correo electrónico:</b> |
| La oficina de un (a) proveedor (a) de Cone Health |                       | HIM Scanning Center<br>4411 W. Market St., 2nd Floor<br>Greensboro, NC 27407 |                       | ACP_Documents@conehealth.com   |

Su(s) documento(s) de ACP se guardarán en su expediente médico electrónico de Cone Health (EHR, por sus siglas en inglés), para que estén disponibles en el caso de que usted no pueda comunicar sus propios deseos.

- Si usted nunca ha sido un paciente de Cone Health, le crearemos un expediente médico de Cone Health. Su(s) documento(s) de ACP serán la primera información en su expediente.
- Si usted ya es un paciente de Cone Health, escanaremos sus documentos en su expediente.
- Sus documentos estarán disponibles en su expediente dentro de los cinco días hábiles después de que nosotros los recibamos.
- Cualquier hospital de Cone Health o clínica de Cone Health Medical Group puede tener acceso a su expediente de Cone Health. Usted NO tiene que enviar sus documentos a cada lugar por separado.

### Por favor llene la siguiente información:

Nombre completo:

Dirección:

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mes/día/año): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Los últimos 4 dígitos del número del Seguro Social: \_\_\_\_\_

### ¿Quién me puede ayudar si tengo preguntas?

Si usted necesita ayuda, por favor comuníquese con su proveedor(a) de Cone Health  por correo electrónico: [AdvanceCarePlanning@conehealth.com](mailto:AdvanceCarePlanning@conehealth.com)



# PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LOS CUIDADOS

***Usted es la persona que elige, y no está solo(a). Estamos aquí con usted, de principio a fin.***

Cuando usted da a conocer hoy sus preferencias para el cuidado médico, está planificando su futuro. El hecho de hacer esos planes futuros –consultar con su familia, sus seres queridos y su médico según sea necesario– significa que su atención médica será como USTED la quiere, de principio a fin. Esto también le quitará la presión a sus familiares u otras personas que tomen decisiones sobre su atención médica, porque les quedará claro cuáles son sus deseos médicos.

Este documento tiene todo lo que usted necesita para guiar el proceso de planificación de su futuro cuando se trata de sus deseos médicos. Le explicaremos lo que incluye la planificación anticipada de los cuidados, cómo determinar sus prioridades y valores médicos y consejos para comunicar sus deseos a la familia, doctor(a) y sus cuidadores; también le proveeremos los papeles que necesita para documentar sus deseos.

## **Índice de contenido**

*En este documento, le explicaremos sobre:*

1. Cómo definir la planificación anticipada de los cuidados
2. Cómo determinar sus valores y prioridades en materia de cuidados de salud
3. Cómo compartir sus deseos médicos con otras personas
4. Qué documentos necesita llenar para formalizar sus deseos

## **EXPLORE**

### **¿Qué es la planificación anticipada para los cuidados?**

La planificación anticipada para los cuidados (ACP, por sus siglas en inglés) es el proceso que le ayuda a usted, como nuestro(a) paciente, y a su familia a entender, reflejar y comunicar sus objetivos y valores para el cuidado médico. Estos serán importantes en el evento de un accidente, enfermedad repentina o condición crónica que le imposibilite hablar por sí mismo(a). La ACP no requiere la creación de un documento formal, pero es el primer paso para pensar en el tratamiento médico que usted desearía.

La planificación anticipada para los cuidados es importante para cualquier adulto –independientemente de su edad–. Al fin y al cabo nunca se sabe cuándo puede surgir un accidente o un problema médico inesperado que le impida comunicar sus deseos. Si ya tiene establecida su planificación anticipada para los cuidados, sus seres queridos sabrán exactamente lo que usted quiere que incluyan en sus cuidados.

### **¿Cómo puedo determinar mis valores y prioridades para los cuidados médicos?**

*Estas preguntas pueden ayudarle a descubrir algunos de esos valores y prioridades:*

1. ¿Quién quisiera usted que comunicara sus decisiones médicas en el caso de que no pueda hacerlo por sí mismo(a)?
2. Si se presentara esta situación, ¿usted quisiera que los doctores utilizaran todas las medidas necesarias para intentar salvarle la vida, incluyendo cosas como una sonda de alimentación, un ventilador o la reanimación?

3. ¿Qué temores o preocupaciones tiene usted respecto a su salud en el futuro?

4. Para usted, ¿qué significa “calidad de vida”? Por ejemplo, ¿significa ser independiente y poder cuidarse a sí mismo(a), o significa que otras personas pueden ayudarle y prolongar su vida como resultado?

5. Si usted padece de una condición grave, crónica o que pone en peligro su vida, ¿ya ha hablado con su proveedor sobre lo que debe esperar a medida que su condición avance?

6. ¿Sus creencias religiosas afectan el tipo de intervenciones que usted preferiría recibir o evitar?

7. ¿Usted ha tenido algún familiar o ser querido que haya perdido la capacidad de comunicar sus deseos médicos? Si ha sido así, ¿usted cree que esa situación fue bien planeada y manejada, o quisiera que las cosas fueran diferentes si le sucediera a usted?

8. Considere los siguientes tratamientos cuando piense en qué cuidados desearía recibir en una situación de final de vida o emergencia médica: RCP/reanimación, ventilador/máquina para respirar, líquidos intravenosos, diálisis renal, alimentación por sonda. Si es así, ¿Usted ha compartido sus deseos respecto a estas intervenciones con sus amistades, familiares y/o proveedor médico?

## HABLE

Una vez que usted tenga una idea sobre el tipo de cuidados que le gustaría recibir en una situación del final de la vida o una emergencia médica, es el momento de compartir esos deseos con:

- Su familia
- Su(s) proveedor(es) médico(s)
- Su cuidador (si este no es un familiar)

Estas conversaciones con los seres queridos pueden ser difíciles. Considere las siguientes formas de iniciarlas:

***“Quiero que conozcas mis deseos médicos para que si algo me pasa, estés seguro(a) de tomar las decisiones que sabes que yo quisiera.”***

***“Hace poco estuve leyendo algo sobre las preparaciones para los deseos del final de la vida, y eso me motivó a establecer los míos. Me gustaría compartirlos contigo.”***

***“Mi doctor(a) me compartió información sobre la planificación de los cuidados médicos y deseos a largo plazo, y me sugirió que te hablara sobre eso.”***

Si usted tiene alguna pregunta después de hablar con su familia sobre este tema, y le gustaría hablar con su proveedor y saber su opinión al respecto, anote las preguntas aquí:

Su proveedor médico se complacerá en ayudarlo a establecer sus preferencias para los cuidados, y también está disponible para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre los tratamientos y cómo son, cuáles pueden ser los resultados, etc.

Nota: Si le gustaría tener ayuda para llenar alguno de los formularios en este paquete, o para explorar sus opciones y valores médicos, no dude en comunicarse con un capellán o trabajador social clínico de Cone Health para que le ayude gratuitamente en este proceso importante.

## ELIJA

Ahora es el momento de concretar sus deseos al ponerlos por escrito. A continuación se enumeran tres formularios para llenar:

- 1) Testamento vital
- 2) Poder notarial para los cuidados médicos
- 3) Instrucciones anticipadas para el tratamiento de la salud mental

Una vez que usted complete el(los) documento(s), asegúrese de guardar sus formularios de directivas anticipadas llenados y firmados en un lugar donde se pueden encontrar cuando se necesiten, como por ejemplo en su expediente médico en casa, así como también en su expediente médico del hospicio, cuidado a domicilio o de enfermería, si corresponde.

Entregue copias a su cónyuge y a sus familiares más cercanos, y hable con ellos sobre sus deseos también. Además, puede dar copias a sus hijos adultos, amigos cercanos, al clérigo o al pastor, u otros cuidadores. Lleve una copia a su próxima visita con su médico para incluirlo en su expediente médico, y para que sus deseos sean de fácil acceso para sus proveedores médicos.

Usted podrá cambiar sus formularios de planificación anticipada para los cuidados en cualquier momento. Simplemente vuelva a completar este proceso o hable con su médico cuando quiera actualizar estos documentos.

## RECURSOS

Los siguientes recursos adicionales le pueden ser útiles mientras se orienta en este proceso.

[El Proyecto Conversación](#)

[Centro para Avanzar los Cuidados Paliativos](#) (enlace en inglés)

[Prepare Su Cuidado Médico](#)

[Iniciar la Conversación](#) (enlace en inglés)

[División de Asistencia Médica de Carolina del Norte](#) (enlace en inglés)



**COMUNÍQUESE CON NOSOTROS**  
Si tiene alguna pregunta para nuestro equipo, por favor, comuníquese [aquí!](#)



# Una directiva anticipada para Carolina del Norte

## Un formulario práctico para todos los adultos

### Introducción

Este formulario le permite expresar sus deseos para sus cuidados médicos futuros y orientarse en la toma de decisiones sobre esos cuidados. Este no trata el tema de las decisiones financieras. Aunque no existe ningún requisito legal que le obligue a tener una directiva anticipada, el completar este formulario le puede ayudar a recibir los cuidados médicos que desea.

Si usted tiene 18 años o más y puede tomar y comunicar las decisiones sobre los cuidados médicos, puede utilizar este formulario.

Este formulario tiene tres partes. Usted puede completar la Parte A solamente, o la Parte B solamente, o ambas partes, A y B. Para que esta directiva anticipada entre en vigencia legal, usted debe completar la Parte C de este formulario. Por favor, mantenga juntas las cinco páginas de este formulario, e incluya todas las cinco páginas cuando comparta copias con sus seres queridos o proveedores médicos.

Este formulario está destinado a cumplir con la ley de Carolina del Norte (en los estatutos generales de Carolina del Norte de § 32A-15 a 32A-27 y de § 90-320 a 90-322).

### Parte A: Poder notarial para los cuidados médicos

Este formulario le permite expresar sus deseos para sus cuidados médicos futuros y orientarse en la toma de decisiones sobre esos cuidados. Este no trata el tema de las decisiones financieras. Aunque no existe ningún requisito legal que le obligue a tener una directiva anticipada, el completar este formulario le puede ayudar a recibir los cuidados médicos que desea.

- ¿Qué es un poder notarial para los cuidados médicos? Es un documento legal en el cual usted designa a otra persona, llamada un “representante de cuidados médicos”, para que tome decisiones médicas a nombre de usted cuando ya no pueda hacerlo por sí mismo(a).**
- ¿Quién puede ser un representante de cuidados médicos?** Cualquier persona competente que tenga al menos 18 años y que no sea su proveedor médico pagado puede ser su representante de cuidados médicos.
- ¿Cómo debe elegir a su representante de cuidados médicos?** Usted debe elegir a su representante de cuidados médicos con mucho cuidado, porque esa persona tendrá una autoridad amplia para tomar decisiones sobre su atención médica. Un buen representante de cuidados médicos es alguien que le conozca bien, que esté disponible para representarle cuando sea necesario y esté dispuesto a respetar las decisiones de usted. Es muy importante hablar con su representante de cuidados médicos sobre sus objetivos y preferencias para la atención médica en el futuro, para que él o ella sepa qué cuidados quiere usted.
- ¿Cuáles decisiones puede tomar su representante de cuidados médicos?** A menos que usted limite la autoridad de su representante de cuidados médicos en la Sección 2 de la Parte A de este formulario, su representante de cuidados médicos puede tomar todas las decisiones médicas por usted, incluyendo:
  - iniciar o suspender medidas para prolongar la vida
  - decisiones sobre el tratamiento de salud mental
  - elegir a sus doctores y centros de salud
  - revisar y compartir su información médica
  - autopsias y la disposición de su cuerpo después de la muerte
- ¿Su representante de cuidados médicos puede donar sus órganos y tejidos después de su muerte?** Sí, si usted elige otorgarle esta autoridad en el formulario. Para hacerlo, debe colocar sus iniciales en la Sección 3 de la Parte A.
- ¿Cuándo entra en vigor este poder notarial para cuidados médicos?** Este documento solamente se vuelve vigente si su doctor determina que usted ha perdido la capacidad de tomar sus propias decisiones médicas.
- ¿Cómo puede revocar este poder notarial para cuidados médicos?** Si usted es competente, puede revocar este poder notarial para cuidados médicos de cualquier manera que deje claro su deseo de revocarlo. Por ejemplo, puede destruir este documento, escribir la palabra void (“nulo”) sobre el documento, decirle a su doctor que lo está revocando o completar un nuevo poder notarial para cuidados médicos.

8. **¿Quién toma decisiones médicas por mí si no nombro a un representante de cuidados médicos y no puedo tomar mis propias decisiones?** Si usted no tiene un representante de cuidados médicos, la ley de Carolina del Norte exige que los proveedores médicos recurran a las siguientes personas en el orden que se indica a continuación: tutor legal, un apoderado con un poder notarial (POA) general, si ese poder notarial incluye el derecho de tomar decisiones médicas; esposo o esposa, una mayoría de sus padres e hijos adultos, o una persona que tenga una relación establecida con usted, que actúe de buena fe y que pueda expresar los deseos de usted. Si no hay nadie, entonces la ley permite que el doctor tome decisiones por usted, siempre que otro doctor esté de acuerdo con esas decisiones.

## Parte B: Testamento vital

1. **¿Qué es un testamento vital?** En Carolina del Norte, un testamento vital le permite expresar su deseo de no recibir medidas para prolongar la vida en alguna o en todas de las siguientes situaciones:
  - Usted tiene una condición incurable que causará su muerte dentro de un período corto de tiempo.
  - Usted está inconsciente, y sus doctores están seguros de que no va a recuperar el conocimiento.
  - Usted tiene una demencia avanzada u otra pérdida sustancial e irreversible de la función mental.
2. **¿Qué son las medidas que prolongan la vida?** Las medidas que prolongan la vida son los tratamientos médicos que solamente sirven para posponer la muerte, incluyendo las máquinas de respiración, la diálisis renal, los antibióticos, la alimentación por sonda (nutrición e hidratación artificiales) y formas de tratamiento similares.
3. **¿Se pueden suspender o parar las medidas que prolongan la vida sin un testamento vital?** Sí, en ciertas circunstancias. Si usted puede expresar sus opciones, puede rechazar las medidas que prolongan la vida. Si no puede expresar sus opciones, se debe obtener el permiso de aquellas personas que toman decisiones por usted.
4. **¿Qué pasa si usted quiere recibir alimentación por sonda (nutrición e hidratación artificial)?** Usted puede indicar su decisión de recibir alimentación por sonda en todas las circunstancias. Para hacer esto, debe colocar sus iniciales en la declaración de la Sección 2 de la Parte B.
5. **¿Cómo puede revocar este testamento vital?** Puede revocar el testamento vital al declarar o escribir que quiere hacerlo de cualquier manera que lo haga claro. Por ejemplo, puede destruir el documento, escribir void (“nulo”) sobre el documento, decirle a su doctor que lo está revocando, o completar un nuevo testamento vital.

## Parte C: Cómo llenar este documento

Para que esta directiva anticipada entre legalmente en vigor, se deben completar las tres secciones de la Parte C.

1. Espere hasta que dos testigos y un notario público estén presentes, después firme y coloque la fecha en el documento.
2. Dos testigos deben firmar y colocar la fecha en el documento en la Sección 2 de la Parte C. Los testigos no pueden ser:
  - parientes de usted ni de sangre ni por matrimonio
  - su heredero o una persona nombrada para recibir una porción de su patrimonio en su testamento,
  - alguien que tiene un reclamo contra usted o su patrimonio, o
  - su doctor, otro proveedor médico, o un empleado del hospital en donde usted es paciente o empleado del centro de enfermería o de cuidado para adultos en donde usted reside.
3. Un notario público debe presenciar estas firmas y notarizar el documento en la Sección 3 de la Parte C.



## Parte B: Testamento vital

Si usted **NO DESEA** preparar un testamento vital, tache esta parte entera y coloque sus iniciales aquí \_\_\_\_\_.

Mi nombre es: \_\_\_\_\_ Mi fecha de nacimiento es: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Por favor, escriba en letra de molde)

**1. Si yo no puedo tomar o comunicar decisiones sobre el cuidado médico, yo no deseo que mi vida sea prolongada con medidas para prolongar la vida en las siguientes situaciones:**

(Nota: Usted puede colocar sus iniciales al lado de **CUALQUIERA o TODAS** estas opciones.)

- \_\_\_\_\_ (iniciales) Yo tengo una condición que no se puede curar y que me provocará la muerte en un período de tiempo relativamente corto.
- \_\_\_\_\_ (iniciales) Quedo inconsciente y los doctores determinan que, con un alto grado de certeza médica, no recuperaré la conciencia.
- \_\_\_\_\_ (iniciales) Sufro demencia avanzada o cualquier otra condición que provoque la pérdida sustancial de mi capacidad de pensar, y mis doctores determinan que, con un alto grado de certeza médica, esto no va a mejorar.

**2. Aunque no quiero que mi vida se prolongue por otras medidas que prolongan la vida en las situaciones que indiqué con mis iniciales en la sección 1 de arriba, yo SÍ quiero recibir alimentación por sonda (nutrición y/o hidratación artificial) en esas situaciones, como se indica a continuación. (Nota: Coloque sus iniciales sólo **SI DESEA** recibir alimentación por sonda en esas situaciones.)**

- \_\_\_\_\_ (iniciales) Yo SÍ quiero recibir nutrición artificial.
- \_\_\_\_\_ (iniciales) Yo SÍ quiero recibir hidratación artificial.

**3. Deseo que me hagan sentir lo más cómodo(a) posible.** Quiero que mis proveedores médicos me mantengan tan limpio(a), cómodo(a) y sin dolor si fuera posible, aunque esta atención no prolongue mi vida.

**4. Mis proveedores médicos pueden basarse en este testamento vital para suspender o detener las medidas que prolonguen la vida en las situaciones que indiqué con mis iniciales arriba.**

**5. Si yo he designado a un representante de cuidados médicos en la Parte A de esta directiva anticipada o en un documento similar, y ese representante de cuidados médicos da instrucciones diferentes a las que expreso en este testamento vital, entonces:**

(NOTA: Coloque las iniciales de **SÓLO UNA** de las dos opciones a continuación.)

- \_\_\_\_\_ (iniciales) **Siga este testamento vital.** Mi representante de cuidados médicos no puede tomar decisiones diferentes a las que he establecido en este testamento vital.
- \_\_\_\_\_ (iniciales) **Siga al representante de cuidados médicos:** Mi representante de cuidados médicos tiene la autoridad de tomar decisiones diferentes de las que he indicado en este testamento vital.

**Este formulario no está completo hasta que se notarice en la Parte C.**

## Parte C: Cómo llenar este documento

Mi nombre es: \_\_\_\_\_ Mi fecha de nacimiento es: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Por favor, escriba en letra de molde)

### 1. Su firma - **ALTO**

(Nota: Espere a que dos testigos y un notario estén presentes antes de firmarlo.)

Yo estoy mentalmente alerta y competente, y estoy plenamente informado(a) del contenido de este documento.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

### 2. Firmas de los testigos

Por la presente declaro que la persona nombrada arriba, \_\_\_\_\_, en pleno uso de sus facultades mentales, firmó (o pidió a otra persona que firmara en su nombre) el documento anterior en mi presencia. No soy pariente de la persona, ni por sangre ni por matrimonio, y no tendría derecho a ninguna parte del patrimonio de la persona, ni bajo cualquier testamento o codicilo existente de la persona ni como heredero(a) en virtud de la ley, si la persona se muriera en esta fecha sin testamento. Yo no soy el médico que atiende a la persona. Yo no soy un proveedor(a) de atención médica o de tratamiento de salud mental con licencia que sea (1) empleado del médico que atiende a la persona o del proveedor de tratamiento de salud mental, (2) empleado del centro de cuidados médicos en donde la persona es un(a) paciente, (3) ni empleado de un hogar de ancianos o de cualquier hogar de cuidados para adultos en donde la persona reside. No tengo ningún reclamo en contra de la persona o su patrimonio.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del testigo: \_\_\_\_\_

### 3. Notarización

\_\_\_\_\_ CONDADO, \_\_\_\_\_ ESTADO

Jurado (o afirmado) y suscrito ante mí este día por

\_\_\_\_\_ (escriba a máquina/mano el nombre del firmante)

\_\_\_\_\_ (escriba a máquina/mano el nombre del testigo)

\_\_\_\_\_ (escriba a máquina/mano el nombre del testigo)

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del notario(a) público(a): \_\_\_\_\_  
(Sello oficial)

\_\_\_\_\_ (escriba a máquina/mano el nombre del notario público)

Mi comisión se vence: \_\_\_\_\_ (fecha)