

Su derecho a elegir

Una guía personal para asumir la responsabilidad de sus decisiones de atención médica



Su derecho a elegir

Una guía personal para asumir la responsabilidad de sus decisiones de atención médica

La ley requiere que los pacientes reciban suficiente información para tomar una decisión informada acerca de dar o no su permiso (consentimiento) para recibir atención médica y tratamiento. Por ley, un adulto tiene el derecho de aceptar o rechazar un tratamiento, y tiene derecho a que se le informe sobre los posibles resultados médicos de negarse a recibir atención o tratamiento.

No se requiere permiso para proporcionar atención de emergencia a un adulto que esté inconsciente o no pueda comunicarse, y que sufra una lesión o enfermedad que podría causar la muerte inmediata. En ocasiones, surgen problemas cuando un adulto necesita tratamiento médico en una situación que no es de emergencia pero no puede dar su consentimiento ni comunicarle al médico su deseo de recibir atención médica.

Cuando los adultos no pueden decidir ni comunicar sus deseos sobre la atención médica, sus derechos, valores y creencias podrían estar en riesgo. Por esta razón, son cada vez más las personas que utilizan directivas anticipadas para explicar sus deseos de atención médica por escrito.

¿Qué es una directiva anticipada?

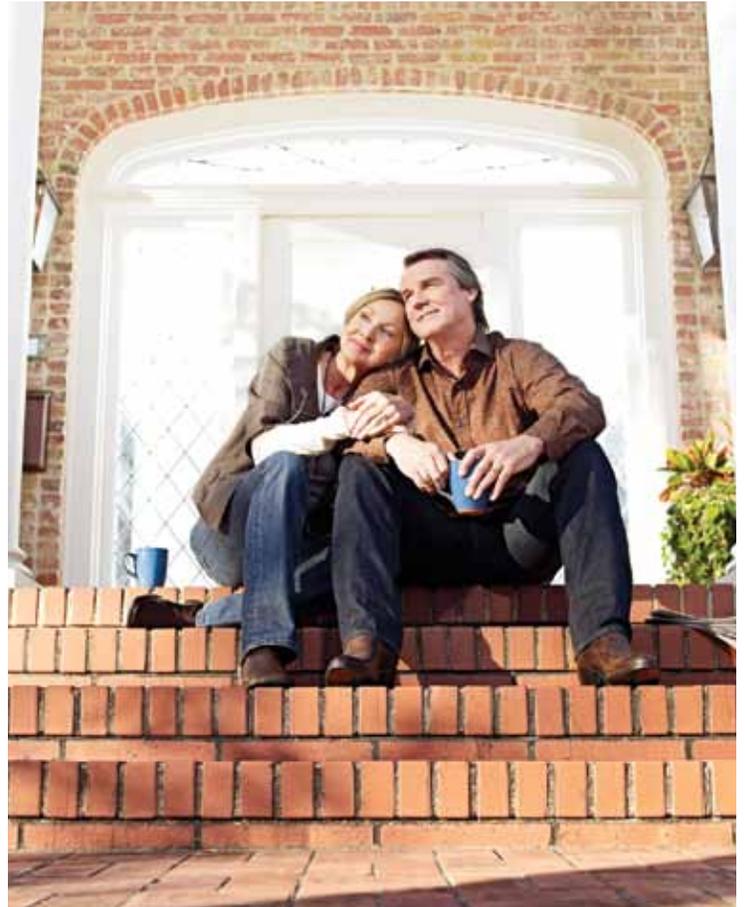
Una directiva anticipada es un formulario que explica sus decisiones de tratamiento y que designa a las personas que están autorizadas a tomar decisiones de tratamiento por usted en caso de que no pueda hacerlo por sí mismo. Una directiva anticipada firmada entrará en vigencia solo si está demasiado enfermo, mental o físicamente, y no puede tomar decisiones de atención médica relacionadas con su salud física o mental ni expresar sus deseos. Las directivas anticipadas no abarcan asuntos financieros. **Los cinco tipos de directivas anticipadas que se reconocen legalmente en Texas son:**

- Poder notarial médico (antes conocido como poder notarial duradero de atención médica)
- Directiva para médicos, familiares o sustitutos (generalmente llamada testamento vital)
- Orden de no reanimar fuera del hospital
- Declaración para tratamiento de salud mental

Cada una de estas directivas anticipadas se analiza con mayor detalle en este documento.

No es necesario que complete estos documentos si decide no hacerlo. No son necesarios para adquirir un seguro de salud ni recibir atención médica en un centro.

Si después de revisar este documento desea hablar sobre cómo se siente o hacer preguntas sobre estos asuntos, puede comunicarse con su médico, abogado, personal de enfermería, Comité/Departamento de Ética, defensor de pacientes, capellán o representante de Servicios Sociales del centro.



Esta información se proporciona para cumplir con la Ley de Directivas Anticipadas del estado y la Ley federal de Autodeterminación del Paciente. Los reclamos relacionados con el incumplimiento por parte del centro de los requisitos federales y estatales sobre directivas anticipadas se pueden presentar en:

*Texas Department of State Health Services
Health Care Quality Section
Health Facility Compliance
P.O. Box 149347, NC 1979
Austin, TX 78714-9347
888-973-0002*

dshs.tx.gov/consumerprotection

Si necesita copias adicionales de los formularios de directivas anticipadas, puede fotocopiar los formularios en este manual. No es necesario que complete estos formularios como parte de la admisión de pacientes en un centro ni en cualquier momento en el futuro si decide no hacerlo.

Poder notarial médico

(antes conocido como poder notarial duradero de atención médica)

Un poder notarial médico es un formulario que le permite elegir a alguien para que sea su representante y tome decisiones de atención médica por usted. Estas decisiones pueden incluir:

- Aceptar o rechazar un tratamiento médico;
- Decidir no continuar con un tratamiento médico; o
- Tomar decisiones para interrumpir o no comenzar un tratamiento que lo mantendrá con vida.

Puntos para recordar

- La persona que elige para tomar las decisiones en su nombre (representante) solo lo hace cuando usted no puede hacerlo por sí mismo.
- Su representante no puede tomar decisiones sobre:
 - » Servicios de salud mental para pacientes internados de forma voluntaria;
 - » Terapia de choque (convulsiva);
 - » Psicocirugía;
 - » Aborto; o
 - » Cancelación de los cuidados paliativos.
- Hable con su médico, representante, familiar/amigo cercano, clérigo o abogado antes de firmar su poder notarial médico. También entrégueles copias de su formulario firmado a estas personas y lleve un registro de aquellas que tienen una copia.
- Puede cambiar o cancelar su poder notarial médico en cualquier momento y por cualquier motivo.
- El poder notarial médico se aplica a decisiones de atención médica. No abarca asuntos financieros.

En este manual, se incluye el formulario de poder notarial médico para su uso.

Aviso a pacientes sobre órdenes de no reanimar

Los centros de Texas Health poseen una política sobre las órdenes de no reanimar (DNR) y otras órdenes de reanimación limitada (es decir, compresiones torácicas, respiradores). La política describe cómo usted o la persona designada para tomar decisiones, si usted no puede hacerlo, podrían dar su consentimiento para ejecutar estas órdenes. Esta política establece los requisitos para:

- DNR escritas;
- DNR orales;
- Quién podría autorizar una DNR; y
- Cuándo y quién puede revocar una DNR.

Si desea recibir más información, consulte a cualquier miembro de su equipo de atención médica.

Directiva para médicos, familiares o sustitutos

(generalmente llamada testamento vital)

Una directiva para médicos, familiares o sustitutos es un formulario que le permite indicarles a los médicos que proporcionen, retiren o suspendan un tratamiento que lo mantendrá con vida cuando su médico ha determinado que usted padece una enfermedad terminal y no puede comunicarse.

El tratamiento o la atención que lo mantendrá con vida incluye medicamentos para salvar la vida y soporte vital artificial, como respiradores (ventiladores), diálisis renal, sondas de alimentación (nutrición artificial) e hidratación artificial (IV). No se espera que estos tratamientos o procedimientos para mantenerlo con vida curen su enfermedad o mejoren su pronóstico. Solo prolongan el tiempo de vida.

Puntos para recordar

- Esta directiva anticipada le permite informarles a los médicos y a sus seres queridos qué tratamientos o atención usted desea o no para mantenerlo con vida. Solo entra en vigencia cuando usted padece una enfermedad terminal o irreversible y no puede tomar ni comunicar sus propias decisiones de atención médica.
- Hable con su médico, representante, familiar/amigo cercano, clérigo o abogado antes de firmar su directiva para médicos, familiares o sustitutos (testamento vital). También entrégueles copias de su formulario firmado a estas personas y lleve un registro de aquellas que tienen una copia, porque:
 - » Puede cambiar o cancelar su directiva para médicos, familiares o sustitutos (testamento vital) en cualquier momento y por cualquier motivo. (Asegúrese de recuperar todas las copias que les haya entregado a otras personas).
- La directiva para médicos, familiares o sustitutos (testamento vital) solo se aplica a decisiones de atención médica. No abarca asuntos financieros.

En este manual, se incluye el formulario de directiva para médicos, familiares o sustitutos (testamento vital) para su uso.

Orden de no reanimar (DNR) fuera del hospital

Una DNR fuera del hospital es un formulario que completan usted y su médico que le permite rechazar tratamientos específicos para mantenerlo con vida fuera del entorno para pacientes internados de un hospital.

Un formulario de DNR fuera del hospital, o un collar o una pulsera de identificación les indicará a los trabajadores de atención médica, incluidas las personas de servicios médicos de emergencia, que no utilicen la reanimación cardiopulmonar (RCP) ni otros tratamientos o atención para mantenerlo con vida.

Puntos para recordar

- Cualquier persona adulta que pueda tomar y comunicar decisiones informadas de atención médica puede completar una DNR fuera del hospital.
- Para demostrar que posee una DNR fuera del hospital, debe tener la copia original de su formulario con usted, o usar un collar o una pulsera de identificación que estén aprobados.
- Debe obtener el formulario de DNR fuera del hospital y el collar/la pulsera de su médico.
- Puede cancelar la DNR fuera del hospital en cualquier momento.
- Hable con su médico, representante, familiar/amigo cercano, clérigo o abogado antes de firmar su DNR fuera del hospital. También entréguele copias de su formulario firmado a estas personas y lleve un registro de aquellas que tienen una copia.

Declaración para tratamiento de salud mental

La declaración para tratamiento de salud mental es un formulario que le permite informarle a un centro que proporciona servicios de salud mental qué tipos de tratamiento de salud mental desea recibir o no en caso de no poder comunicar sus deseos.

Incluye tipos específicos de tratamiento y atención de la salud mental, incluidos medicamentos psicoactivos, terapia de choque (convulsiva) y opciones de tratamiento de emergencia, como la restricción, el aislamiento o medicamentos.

Puntos para recordar

- Debe hablar con un abogado si tiene preguntas acerca de cómo funciona la declaración para tratamiento de salud mental y en qué situaciones se pueden anular sus decisiones.
- Para que la declaración para tratamiento de salud mental entre en vigencia, un juez debe declarar que usted está incapacitado porque no tiene:
 - » La capacidad de comprender la naturaleza y las consecuencias de un tratamiento propuesto, ni los beneficios, riesgos o tratamiento; y
 - » La capacidad de tomar decisiones de atención médica debido a un impedimento. La ley y los tribunales comprenden el término "incapacitado" solo de dos maneras: (1) en un procedimiento de tutela, o (2) en una audiencia para considerar si debe tomar medicamentos psicoactivos cuando se niega a hacerlo.
- Por lo general, la declaración para tratamiento de salud mental es válida solo durante tres años desde la fecha en que se firmó.
- Puede cambiar o cancelar su declaración para tratamiento de salud mental en cualquier momento, siempre que sea mentalmente capaz.
- Puede obtener los formularios de declaración para tratamiento de salud mental de un psiquiatra, psicólogo, trabajador social con licencia u otro proveedor de atención de la salud mental, o de un abogado.
- Hable con su médico, representante, familiar/amigo cercano, clérigo o abogado antes de firmar su declaración para tratamiento de salud mental. También entréguele copias de su formulario firmado a estas personas y lleve un registro de aquellas que tienen una copia.

Nota: La mayoría de los centros de Texas Health Resources no ofrecen habitualmente servicios de salud mental. No obstante, de conformidad con la ley federal, es política de los centros de Texas Health Resources informar por escrito a todos los adultos internados, al momento de la admisión, sobre su derecho a firmar una declaración para tratamiento de salud mental, y sobre las normas y los procedimientos escritos del centro acerca de estos derechos.

Las personas que necesiten servicios de salud mental para pacientes internados y acudan a un centro que no proporcione tales servicios serán examinadas para determinar si existe una afección médica de emergencia. Si existe, se proporcionará el tratamiento de estabilización adecuado y luego se transferirá al paciente a un centro que proporcione servicios de salud mental para pacientes internados.

Poder notarial médico

Designación de representante de atención médica

Ley de Directivas Anticipadas (consulte §166.164, Código de Salud y Seguridad)

Yo, _____ (escriba su nombre), designo a:

Nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

mi representante para tomar todas las decisiones de atención médica por mí, excepto en los casos en los que yo indique lo contrario en este documento. Este poder notarial médico entra en vigencia si yo no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica y este hecho es certificado por escrito por mi médico.

Las limitaciones a la autoridad para tomar decisiones de mi representante son las siguientes:

Designación de un representante alternativo

No está obligado a designar un agente alterno, pero puede hacerlo. Un representante alternativo puede tomar las mismas decisiones de atención médica que el representante designado si este último no puede o no está dispuesto a actuar como su representante. Si el representante designado es su cónyuge, la designación queda revocada automáticamente por ley si su matrimonio se disuelve, anula o declara inválido, a menos que se disponga lo contrario en este documento.

Si el representante designado no puede o no está dispuesto a tomar decisiones de atención médica por mí, designo a la(s) siguiente(s) persona(s) para actuar en calidad de representantes y tomar decisiones de atención médica por mí según lo autorizado por este documento, que actúa(n) en el siguiente orden:

Primer representante alternativo

Nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Segundo representante alternativo

Nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

El original de este documento se conserva en: _____

Las siguientes personas o instituciones tienen en su posesión copias firmadas:

Nombre: _____

Dirección: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Duración

Entiendo que este poder notarial existe indefinidamente desde la fecha en que otorgo este documento, a menos que yo establezca un periodo más corto o revoque el poder notarial. Si no puedo tomar decisiones de atención médica por mis propios medios cuando este poder notarial expire, la autoridad que le he concedido a mi representante continúa existiendo hasta el momento en que yo pueda tomar mis propias decisiones de atención médica.

(SI CORRESPONDE) Este poder notarial finaliza en la siguiente fecha: _____.

Designaciones previas revocadas

Revoco cualquier poder notarial médico previo.

Declaración de divulgación

ESTE PODER NOTARIAL MÉDICO ES UN DOCUMENTO LEGAL IMPORTANTE. ANTES DE FIRMARLO, TENGA EN CUENTA LOS SIGUIENTES PUNTOS IMPORTANTES:

Excepto en la medida en que usted indique lo contrario, este documento le otorga a la persona designada su representante la autoridad para tomar todas las decisiones de atención médica por usted según sus deseos, incluidas sus creencias religiosas y morales, cuando usted no pueda tomar sus propias decisiones. Debido a que "atención médica" significa cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar su afección física o mental, su representante tiene el poder para tomar una amplia variedad de decisiones de atención médica por usted. Su representante puede otorgar, rechazar o retirar el consentimiento para el tratamiento médico, y puede tomar decisiones sobre retirar o suspender un tratamiento de soporte vital. Su representante no puede dar el consentimiento para recibir servicios de salud mental para pacientes internados de forma voluntaria, terapia convulsiva, psicocirugía ni aborto. El médico debe cumplir con las instrucciones de su representante o permitir que lo atienda otro médico.

La autoridad de su representante entra en vigencia cuando su médico certifica que usted carece de la capacidad para tomar decisiones de atención médica.

Su representante tiene la obligación de seguir sus instrucciones al momento de tomar decisiones en su nombre. A menos que usted indique lo contrario, su representante tiene la misma autoridad para tomar decisiones sobre su atención médica que las que usted tendría si pudiera tomar decisiones de atención médica por sí mismo.

Es importante que analice este documento con su médico u otro proveedor de atención médica antes de firmarlo para asegurarse de comprender la naturaleza y la variedad de decisiones que podrían tomarse en su nombre. Si no puede acudir a un médico, debe hablar con otra persona que tenga conocimiento sobre estas cuestiones y pueda responder sus preguntas. No necesita la ayuda de un abogado para completar este documento, pero si no entiende alguno de los puntos aquí incluidos, debe solicitarle a un abogado que se lo explique.

La persona que designe en calidad de representante debe ser alguien que usted conozca y en quien confíe. La persona debe ser mayor de 18 años o alguien menor de 18 años emancipado. Si designa a su proveedor de atención médica o residencial (por ejemplo, su médico o un empleado de una agencia de atención médica a domicilio, hospital, centro de enfermería o centro de atención residencial, que no sea un familiar), esa persona debe elegir entre actuar en calidad de representante o de proveedor de atención médica o residencial; la ley no permite que una persona desempeñe ambas funciones al mismo tiempo.

Debe informarle a la persona que designa que usted desea que actúe como su representante de atención médica. Debe analizar este documento con su representante y su médico, y entregarle una copia firmada a cada uno. En el documento, debe nombrar a las personas y las instituciones que desea que tengan copias firmadas. Su representante no es responsable de las decisiones de atención médica tomadas de buena fe en su nombre.

Una vez firmado este documento, tiene derecho a tomar decisiones de atención médica por sí mismo siempre que pueda hacerlo, y no se le puede proporcionar ni interrumpir un tratamiento ante su objeción. Tiene derecho a revocar la autoridad otorgada a su representante mediante comunicación oral o por escrito a este o a su proveedor de atención médica o residencial, o mediante la ejecución de un poder notarial médico posterior. A menos que usted indique lo contrario en este documento, la designación de un cónyuge queda revocada si su matrimonio se disuelve, anula o declara inválido.

Este documento no puede cambiarse ni modificarse. Si desea aplicar cambios al documento, debe otorgar un nuevo poder notarial médico.

Puede designar un representante alternativo en caso de que su representante no esté dispuesto, no pueda o no sea elegible para actuar en calidad de tal. Si designa un representante alternativo, este tiene la misma autoridad que el representante para tomar decisiones de atención médica por usted.

ESTE PODER NOTARIAL NO ES VÁLIDO A MENOS QUE:

- (1) LO FIRME Y SU FIRMA SEA CERTIFICADA ANTE UN NOTARIO PÚBLICO; O
- (2) LO FIRME EN PRESENCIA DE DOS TESTIGOS ADULTOS COMPETENTES.

LAS SIGUIENTES PERSONAS NO PUEDEN ACTUAR COMO UNO DE LOS TESTIGOS:

- (1) La persona que designó en calidad de representante;
- (2) Su cónyuge o una persona con un parentesco de consanguinidad;
- (3) Una persona con derecho a cualquier parte de sus bienes después de su muerte bajo un testamento o codicilo otorgado por usted o por aplicación de la ley;
- (4) Su médico tratante;
- (5) Un empleado del médico tratante;
- (6) Un empleado de un centro de atención médica donde usted sea paciente, si el empleado le proporciona atención directa a usted o es un funcionario, director, socio o empleado de la oficina del centro de atención médica o de cualquier organización matriz de ese centro; o
- (7) Una persona que, en el momento en que se otorga este poder notarial médico, tiene un reclamo contra cualquier parte de sus bienes después de su muerte.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y comprendo la información incluida en la declaración de divulgación anterior.

(DEBE FECHAR Y FIRMAR ESTE PODER NOTARIAL. PUEDE FIRMARLO Y CERTIFICAR SU FIRMA ANTE UN NOTARIO PÚBLICO O PUEDE FIRMARLO EN PRESENCIA DE DOS TESTIGOS ADULTOS COMPETENTES).

Firma certificada ante un notario

Firmo con mi nombre este poder notarial médico el día _____ de _____ (mes, año) en

(Ciudad y estado)

(Firma)

(Nombre en letra de imprenta)

State of Texas, County of _____

This instrument was acknowledged before me on _____ (date)

by _____ (name of person acknowledging).

NOTARY PUBLIC, State of Texas

Notary's printed name:

My commission expires:

OR

Firma en presencia de dos testigos adultos competentes

Firmo con mi nombre este poder notarial médico el día _____ de _____ (mes, año) en

(Ciudad y estado)

(Firma)

(Nombre en letra de imprenta)

Declaración del primer testigo

No soy la persona designada en calidad de representante en este documento. No soy el cónyuge ni tengo un parentesco de consanguinidad con el declarante. No tendría derecho a ninguna parte de los bienes después de la muerte del declarante. No soy el médico que atiende al declarante ni un empleado de dicho médico. No tengo ningún reclamo contra ninguna parte de los bienes después de la muerte del declarante. Además, si soy empleado de un centro de atención médica donde el declarante es paciente, no le proporciono atención directa al declarante y no soy funcionario, director, socio ni empleado de la oficina del centro de atención médica ni de ninguna organización matriz de este centro.

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Firma del segundo testigo

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Version 01 - 2018

Directiva para médicos, familiares o sustitutos

Instrucciones para completar el presente documento:

Este es un documento legal importante conocido como Directiva anticipada. Su función es ayudar a comunicar sus deseos en relación al tratamiento médico para un momento futuro en el que usted no esté en capacidad de dar a conocer sus deseos debido a una enfermedad o lesión. Estos deseos se basan generalmente en sus valores personales. En particular, deberá considerar qué tratamientos penosos o dificultosos estaría dispuesto a aceptar a cambio del beneficio que obtendría en caso de estar gravemente enfermo.

Se le sugiere que hable sobre sus valores y deseos con su familia y con la persona que haya escogido como su vocero, así como con su médico. Su médico, otro proveedor de atención médica u otra institución médica podrían ofrecerle numerosos recursos para ayudarlo a completar su directiva anticipada. A continuación se detallan algunas definiciones breves que podrían ayudarlo en sus consideraciones y en su planificación anticipada. Escriba sus iniciales junto a las opciones de tratamiento que mejor reflejen sus preferencias personales. Entregue una copia de su directiva a su médico, centro habitual, familiares o vocero. Haga una revisión periódica del presente documento. Mediante la revisión periódica, usted podrá asegurarse de que la directiva refleje sus preferencias.

Además de esta directiva anticipada, la ley de Texas estipula otros dos tipos de directivas que pueden ser importantes en caso de una enfermedad grave. Estas son el poder notarial médico y la orden de no reanimar fuera del hospital. Le recomendamos hablar sobre estas directivas con su médico, familiares, representante del centro u otros consejeros. También es posible que desee completar una directiva relacionada con la donación de órganos y tejidos.

Directiva

Yo, _____ reconozco que la mejor atención médica se basa en una relación de confianza y comunicación con mi médico. Mi médico y yo tomaremos juntos decisiones de atención médica o tratamiento, siempre y cuando yo esté en pleno uso de mis facultades mentales y sea capaz de dar a conocer mis deseos. Si llegara un momento en el que yo fuera incapaz de tomar decisiones médicas sobre mi situación debido a una enfermedad o lesión, es mi voluntad que se respeten las siguientes preferencias de tratamiento:

Si, a juicio de mi médico, estoy padeciendo de una enfermedad terminal con posibilidad de muerte dentro de los seis meses, incluso con tratamientos de soporte vital, suministrados de acuerdo con los estándares actuales de atención médica:

_____ Solicito que no me suministren o que me retiren todo tratamiento, salvo aquellos necesarios para mantenerme
INICIALES cómodo, y que mi médico me permita morir tan dignamente como sea posible; o

_____ Solicito que me mantengan con vida en esta **enfermedad terminal** usando los tratamientos de soporte vital
INICIALES disponibles. (ESTA PREFERENCIA NO SE APLICA A LA ATENCIÓN EN CENTROS DE CUIDADOS PALIATIVOS).

Si, a juicio de mi médico, estoy sufriendo de una enfermedad irreversible que no permitirá que cuide de mí mismo ni que tome decisiones por mi cuenta, y se espera que muera si no me proporcionan tratamientos de soporte vital de acuerdo con los estándares actuales de atención médica:

_____ Solicito que no me suministren o que me retiren todo tratamiento, salvo aquellos necesarios para mantenerme
INICIALES cómodo, y que mi médico me permita morir tan dignamente como sea posible; o

_____ Solicito que me mantengan con vida en esta **enfermedad irreversible** usando los tratamientos de soporte vital
INICIALES disponibles. (ESTA PREFERENCIA NO SE APLICA A LA ATENCIÓN EN CENTROS DE CUIDADOS PALIATIVOS).

Solicitudes adicionales

Después de consultar con su médico, usted podría considerar incluir algunos tratamientos específicos en este espacio que desee o no desee que le proporcionen en circunstancias específicas, como la administración artificial de alimentación e hidratación, los antibióticos intravenosos, etc. Asegúrese de anotar si quiere o no quiere un tratamiento en particular.

Después de firmar esta directiva, si mi representante o yo elegimos la atención en un centro de cuidados paliativos, entiendo y estoy de acuerdo con que me proporcionen solamente aquellos tratamientos destinados a mantenerme cómodo y que no me proporcionen tratamientos de soporte vital disponibles.

Si no tuviera un poder notarial médico y no pudiera dar a conocer mis deseos, designo a la(s) siguiente(s) persona(s) para que, junto con mi médico, tome(n) decisiones de atención médica o tratamiento que sean compatibles con mis valores personales:

1. _____

2. _____

(Si usted ya ha firmado un poder notarial médico, ya habrá nombrado un representante y no deberá incluir nombres adicionales en este documento).

Si las personas nombradas anteriormente no se encontraran disponibles, o si yo no hubiera designado un vocero, comprendo que se escogerá un vocero para mí siguiendo los estándares especificados en las leyes de Texas. Si, a juicio de mi médico, mi muerte es inminente dentro de minutos u horas, a pesar de que me suministren todo tratamiento médico disponible brindado dentro de las pautas de atención actuales, autorizo a que no me suministren o que me retiren todo tratamiento, salvo aquellos necesarios para mantenerme confortable. Comprendo que, de conformidad con la ley de Texas, esta directiva no tiene efecto si se ha diagnosticado que estoy embarazada. Esta directiva seguirá en efecto hasta que yo la revoque. Nadie más podrá hacerlo.

Firmado _____ Fecha _____

Ciudad, condado, estado de residencia _____

Testigos

Dos testigos adultos competentes tienen que firmar a continuación, reconociendo la firma del declarante. El testigo designado en calidad de Testigo 1 no puede ser una de las personas designadas para tomar decisiones de atención médica o tratamiento para el paciente y no puede estar relacionado con el declarante por sangre o matrimonio. Este testigo no podrá tener derecho a ninguna parte de los bienes del paciente ni podrá tener un reclamo en contra de los bienes del paciente. Este testigo no podrá ser el médico que atiende al paciente ni un empleado de dicho médico. Si el testigo es empleado del centro de atención médica donde se atiende al paciente, este testigo no podrá estar directamente involucrado en los servicios de atención brindados al paciente. Este testigo no podrá ser funcionario, director, socio o empleado de la oficina del centro de atención médica donde se atiende al paciente ni de ninguna organización matriz del centro de atención médica.

Testigo 1 _____

Testigo 2 _____

Definiciones

“**Administración artificial de alimentación e hidratación**” se refiere al suministro de nutrientes o líquidos mediante una sonda insertada en una vena, bajo la piel en los tejidos subcutáneos o en el tracto gastrointestinal.

“**Enfermedad irreversible**” es una enfermedad, lesión o afección que:

1. Se puede tratar, pero que nunca sanará ni desaparecerá;
2. Deja a la persona incapaz de cuidarse a sí misma o de tomar decisiones por sí misma; y
3. Podría ser mortal sin tratamiento de soporte vital suministrado de conformidad con los estándares actuales de atención médica.

Explicación: muchas enfermedades graves, como el cáncer, la insuficiencia de cualquier órgano vital (como el riñón, corazón, hígado o pulmón) y una enfermedad cerebral grave (como el mal de Alzheimer), podrían ser consideradas irreversibles desde muy temprano. No tienen cura, pero el paciente podría ser mantenido con vida por periodos largos si recibe tratamientos de soporte vital. Más adelante, durante el desarrollo de la misma enfermedad, esta podrá ser considerada terminal cuando, incluso con tratamiento, se espera que el paciente muera. Le recomendamos que considere qué niveles de tratamiento estaría dispuesto a aceptar para lograr un resultado específico. Esta es una decisión muy personal que usted podría desear analizar con su médico, familiares u otras personas importantes en su vida.

“**Tratamiento de soporte vital**” se refiere a un tratamiento que, de acuerdo con un juicio médico razonable, mantiene a un paciente con vida y sin el cual dicho paciente moriría. El término incluye medicamentos de soporte vital y soporte vital artificial, como los respiradores mecánicos, el tratamiento de diálisis renal y la administración artificial de alimentación e hidratación. El término no se refiere a la administración de medicamentos para el dolor, la ejecución de un procedimiento médico necesario para ofrecer comodidad ni ningún otro servicio médico ofrecido para aliviar el dolor del paciente.

“**Enfermedad terminal**” es una enfermedad incurable causada por lesión, enfermedad o dolencia que, de acuerdo con un juicio médico razonable, producirá la muerte dentro de los seis meses, incluso con el tratamiento de soporte vital disponible suministrado de acuerdo con los estándares de atención médica actuales.

Explicación: muchas enfermedades graves podrían ser consideradas irreversibles desde muy temprano en la evolución de la enfermedad, pero no podrán ser consideradas terminales sino hasta que estén bastante avanzadas. Al pensar en una enfermedad terminal y su tratamiento, es posible que quiera considerar las dificultades y los beneficios relativos del tratamiento, y analizarlos con su médico, familiares u otras personas importantes en su vida.



Nuestras principales creencias

Misión de Texas Health

Mejorar la salud de las personas de las comunidades en las que brindamos nuestros servicios.

Visión de Texas Health

Asociarnos con usted para compartir toda una vida de salud y bienestar.

Valores de Texas Health

Respeto

Tenemos el compromiso de respetar la dignidad de todas las personas y promover una cultura de sistema caracterizada por el trabajo en equipo, la diversidad y la capacitación.

Integridad

En el desarrollo de asociaciones actuales y futuras, tenemos el compromiso y la responsabilidad de dirigir nuestro sistema y nuestra vida personal con integridad. Buscamos construir relaciones basadas en la lealtad, la justicia, la honradez y la confianza.

Compasión

Tenemos el compromiso de brindar atención médica con sensibilidad frente a la persona en su totalidad, que refleje la compasión y el amor de Dios, con un interés particular en los pobres.

Excelencia

Estamos comprometidos con la excelencia por medio de la mejora continua de la calidad en la prestación de nuestros servicios. Esto se realiza a través del compromiso con la educación y la gestión responsable de los bienes y recursos.

Declaración del valor de la diversidad de Texas Health

Brindaremos y mantendremos un entorno justo y equitativo para todas las personas, y valoraremos y respetaremos las diferencias individuales para nuestro enriquecimiento y el de las comunidades en las que prestamos servicios.

Declaración de no discriminación de Texas Health

Texas Health cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Para encontrar un centro de Texas Health cerca, visite [TexasHealth.org/Locations](https://www.texashealth.org/locations).