

**PENNSYLVANIA**



**Documentos Legales  
Para Asegurar Que Se Respeten Sus Decisiones  
Futuras Sobre Sus Cuidados De Salud**



# **DIRECTIVAS ANTICIPADAS**

## **SU DERECHO COMO PACIENTE EN PENNSYLVANIA: TOMAR DECISIONES SOBRE SU CUIDADO Y TRATAMIENTO**

### **INTRODUCCIÓN**

En Pennsylvania, los adultos competentes tienen derecho a decidir si aceptan, rechazan o cancelan sus cuidados o tratamientos médicos. Si usted no quiere someterse a ciertos procedimientos o recibir ciertos tipos de tratamiento, tiene derecho de comunicarle esos deseos a su médico u otros profesionales de la salud, y en general, hacer que esos deseos se respeten.

Sin embargo, habrá casos en que una persona no pueda expresar sus deseos a un profesional de la salud. Por ejemplo, la persona podría estar inconsciente o demasiado lesionada como para poder decirle a su médico qué tipo de cuidado o tratamiento desearía recibir o en qué circunstancias dicho médico debería abstenerse de cierto cuidado o tratamiento.

El propósito de este folleto es informarle de lo que establece la ley actual sobre sus derechos, como adulto competente, a expresar sus deseos respecto a si quiere o no recibir ciertos tipos de cuidado o tratamiento. Este folleto le describe sus opciones para expresar con antelación la forma en que desearía recibir cuidado y tratamiento médico de parte de un profesional de la salud en caso de que necesite atención médica pero más tarde no pueda dar las instrucciones por estar física o mentalmente incapacitado. También le dice lo que establece la ley de Pennsylvania sobre el deber que tienen los profesionales de la salud de cumplir las instrucciones que usted dé por anticipado.

Para que estos temas difíciles sean fáciles de comprender, hemos presentado la información en forma de preguntas y respuestas. El material contenido en esta sección fue preparado por el Departamento de Bienestar Público de Pennsylvania conforme a los requisitos de la Ley Federal sobre la Autodeterminación del Paciente. Profesional Media Resources ha complementado las preguntas provistas por el Departamento con preguntas adicionales. Antes de tomar alguna decisión sobre los asuntos tratados en este folleto, le sugerimos que lo discuta con su médico, familia, amigos íntimos y, si fuera pertinente, con su abogado.

## **PREGUNTAS Y RESPUESTAS**

### **INFORMACIÓN GENERAL SOBRE SUS DERECHOS**

**¿Qué derecho tengo de aceptar, rechazar o suspender un cuidado o tratamiento médico?**

En Pennsylvania, los adultos por lo general tienen derecho a decidir si quieren aceptar, rechazar o suspender los cuidados y tratamientos médicos. Sin embargo, para proteger y salvaguardar este derecho, quizá sea necesario elaborar una "directiva anticipada sobre cuidados de salud" (también conocida como testamento con validez en vida o "living will") o un "poder duradero para cuidados de salud". Por ejemplo, según una ley penal conocida como la Ley 28 de 1995, los proveedores de cuidados tales como los propietarios, gerentes o empleados de los hogares para envejecientes y otras instituciones de cuidado de salud,



tienen la responsabilidad afirmativa de proveer los cuidados médicos necesarios a las personas que están bajo su atención. Dichos proveedores de cuidado quedarán relevados de esta responsabilidad sólo si pueden demostrar que el paciente, estando capacitado, ha rehusado el cuidado o tratamiento médico o, si está incapacitado, ha elaborado previamente un "living will" o poder duradero para cuidados de salud donde indique que no desea recibir el cuidado o tratamiento médico en cuestión.

### **¿Qué tiene que decirme mi médico sobre mi cuidado y tratamiento?**

Su médico debe proporcionarle toda la información que alguien en su situación razonablemente querría saber para poder tomar una decisión con conocimiento de causa sobre cualquier procedimiento o tratamiento propuesto. Esto significa que su médico debe explicarle los riesgos y los beneficios que implica el procedimiento o tratamiento médico que le recomienda, sus posibles efectos secundarios y sus alternativas, si las hubiera. Usted podrá aceptar o rechazar el consejo de su médico y buscar una segunda opinión.

### **¿Los proveedores de cuidados de salud tienen la obligación de decirme si no cumplirán mis deseos?**

Sí. La ley requiere que su proveedor de cuidados de salud (hospital, hogar para envejecientes, servicio de cuidado en el hogar, hospicio o HMO –organización para el mantenimiento de la salud-) le proporcione una declaración escrita sobre sus políticas. Por ejemplo, cuando a usted se le admita en un hospital, deberá informársele si dicho hospital no cumplirá su deseo de que se le retire o suspenda el alimento y el agua en ciertas circunstancias.

### **Si quedara física o mentalmente incapacitado para tomar una decisión sobre mi cuidado o tratamiento médico, ¿qué puedo hacer para garantizar que mi deseos se obedezcan en un futuro?**

No existe ley en Pennsylvania que garantice que un proveedor de servicios de salud cumplirá las instrucciones dadas por usted en todas las circunstancias. Sin embargo, hay medidas que puede tomar para expresar sus deseos sobre los tratamientos que recibirá en un futuro. Una de estas medidas es redactar y firmar una **directiva anticipada**.

### **¿Qué es una "Directiva Anticipada"?**

Una directiva anticipada es un documento escrito que usted puede usar, en ciertas circunstancias, para hacer saber el tipo de cuidado que desearía recibir o no recibir si usted queda incapacitado para expresar sus deseos en un futuro. Una directiva anticipada puede tener muchas formas.

### **Las leyes de Pennsylvania reconocen 4 tipos de Directivas Anticipadas:**

- 1) Un **Testamento con Validez en Vida** ("Living Will"), también conocido como **Directiva Anticipada sobre Cuidados de Salud**,
- 2) Un **Poder Duradero para Cuidados de Salud**,
- 3) Un **Poder Para Cuidados de la Salud Mental**, y
- 4) Una **Declaración de Cuidado de la Salud Mental**.

### **¿Cuándo comienzan a ser válidas las Directivas Anticipadas?**

Es importante recordar que estas directivas solamente comienzan a ser válidas cuando



usted ya no puede tomar sus propias decisiones sobre su cuidado médico. Mientras usted pueda dar un "consentimiento con conocimiento de causa", sus profesionales de la salud confiarán en **USTED**, y **NO** en sus Directivas Anticipadas.

### **¿Qué es "consentimiento con conocimiento de causa"?**

"Consentimiento con conocimiento de causa" significa que usted es capaz de comprender la naturaleza, el alcance y las consecuencias probables de los tratamientos médicos propuestos y es capaz de hacer evaluaciones racionales de los riesgos y beneficios de esos tratamientos en comparación con los riesgos y beneficios de los procedimientos alternativos **Y** es capaz de comunicar ese entendimiento de alguna manera.

### **¿Cómo sabrán los profesionales de la salud si tengo una Directiva Anticipada?**

Todos los hospitales, hogares de envejecientes, agencias de cuidados en el hogar, organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO) y demás centros de cuidados de salud que aceptan fondos económicos federales deberán preguntarle si tiene una Directiva Anticipada, y si es así, deben asegurarse de que forme parte de su historial médico.

### **¿Puedo cambiar de opinión después de haber escrito una Directiva Anticipada?**

Sí, en cualquier momento puede cancelar o cambiar cualquier Directiva Anticipada que haya escrito. Para cancelar su directiva, simplemente destruya el documento original y diga que lo ha cancelado a su familia, amigos, médico o cualquier otra persona que tenga copias. Para cambiar su Directiva Anticipada, simplemente escriba y feche una nueva. Entregue copia de sus documentos revisados a todas las personas apropiadas, incluido su médico.

### **¿Necesito un abogado para que me ayude a hacer una Directiva Anticipada?**

Un abogado puede ayudarle, y usted puede optar por discutir estos temas con él, pero no existe en Pennsylvania el requisito legal de hacerlo. Puede usar los formularios que se incluyen en este folleto para efectuar sus Directivas Anticipadas.

## **TESTAMENTO CON VALIDEZ EN VIDA ("LIVING WILL")**

### **¿Qué es un Testamento con Validez en Vida?**

En Pennsylvania, un Testamento con Validez en Vida es un documento escrito que describe el tipo de tratamiento de prolongación de vida que usted quiere o no quiere recibir si en un futuro se encuentra incapacitado para expresárselo a su doctor. Para su conveniencia, incluimos en este folleto una muestra de un Testamento con Validez en Vida.

Es importante que sepa que la ley sobre Testamentos con Validez en Vida de Pennsylvania no siempre reconoce todos los tipos de instrucción que pueda contener el Testamento con Validez en Vida de una persona. Más bien, las instrucciones deben referirse a situaciones en que el tratamiento médico serviría sólo para prolongar el proceso de muerte o para mantenerlo a usted en estado inconsciente permanente. **El Testamento con Validez en Vida se aplica sólo a los casos en que la condición o enfermedad es terminal o la persona está permanentemente inconsciente.** Por ejemplo, Pennsylvania no reconoce específicamente Testamentos con Validez en Vida que den instrucciones a un profesional de la salud para privar al paciente de cuidado médico beneficioso o útil.

Usted debe entender que un Testamento con Validez en Vida ("Living Will") no es lo que



se llama “última voluntad o testamento” (“last will”). Su “última voluntad o testamento” le indica a los que lo sobreviven a usted qué hacer con su propiedad luego de su muerte.

### **¿Quién puede efectuar un Testamento con Validez en Vida en Pennsylvania?**

En Pennsylvania, puede efectuar un Testamento con Validez en Vida cualquier persona competente que:

1) tenga por lo menos 18 años de edad; 2) se haya graduado de escuela superior; o 3) esté casada.

### **¿Cuándo es válido un Testamento con Validez en Vida de Pennsylvania?**

Un Testamento con Validez en Vida de Pennsylvania es válido **sólo** cuando: 1) su doctor tiene una copia y 2) su doctor concluye que usted ya no está capacitado y no puede tomar decisiones sobre los cuidados médicos que desea recibir, y 3) su doctor y otro doctor han determinado que usted está en una condición terminal o en estado de inconsciencia permanente.

### **¿Qué significa “estar incapacitado”?**

“Estar incapacitado” significa que “la persona carece de capacidad suficiente para tomar o comunicar decisiones propias a causa de un impedimento físico o mental”. La ley permite que su doctor decida si usted está incapacitado para fines de implementar un Testamento con Validez en Vida.

### **¿Qué es una condición “terminal”?**

Una condición terminal se define como una condición incurable o irreversible en la cual la administración de tratamientos médicos sólo prolonga el proceso de muerte, y sin la administración de estos tratamientos o procedimientos, la muerte llegará en un plazo relativamente corto.

### **¿Qué es un “estado de inconsciencia permanente”?**

“Estado de inconsciencia permanente” significa que el paciente se halla en un coma o estado vegetativo permanente causado por una enfermedad o lesión. El paciente no tiene conciencia alguna de sí mismo ni de su entorno y, con un grado razonable de certeza médica, no puede haber recuperación.

### **¿Es el Testamento con Validez en Vida lo mismo que la orden de “No Resucitar” (DNR)?**

No. El Testamento con Validez en Vida de Pennsylvania cubre casi todos los tipos de tratamientos y procedimientos de prolongación de vida. Una orden de “No Resucitar” (DNR por sus siglas en inglés) cubre dos tipos de situaciones en las que existe peligro de muerte. Una orden DNR es un documento que prepara su doctor según sus instrucciones y luego coloca en su expediente médico. En él se declara que, si usted sufre un paro cardíaco (su corazón cesa de latir) o un paro respiratorio (usted deja de respirar), sus profesionales de la salud no deben tratar de revivirlo de ningún modo.

### **¿Afecta el Testamento con Validez en Vida de Pennsylvania al seguro?**

No. Según las leyes de Pennsylvania, la redacción de un Testamento con Validez en



Vida no afectará la venta o emisión de ninguna póliza de seguro de vida, ni invalidará o cambiará las condiciones de ninguna póliza de seguro. Además, según las leyes de Pennsylvania, la desconexión de los sistemas de prolongación de vida no constituirá, para ningún propósito, suicidio, homicidio o eutanasia, ni se considerará la causa de la muerte para propósitos de cobertura de su seguro.

### **¿Qué debe contener mi Testamento con Validez en Vida de Pennsylvania?**

No existe una sola forma correcta de redactar un Testamento con Validez en Vida. El que usted redacte podría contener instrucciones adicionales o distintas de las que aparecen en la muestra que se incluye en este folleto. Sin embargo, su Testamento con Validez en Vida no será válido a menos que usted siga los pasos siguientes:

1) Usted debe firmar su Testamento con Validez en Vida. Si está incapacitado para firmar, alguien más deberá firmarlo por usted; y

2) Dos personas de al menos 18 años de edad deben firmar en calidad de testigos su Testamento con Validez en Vida. Ninguno de ellos puede ser la persona que firme su Testamento con Validez en Vida por usted si usted no puede firmarlo. También debe fechar dicho Testamento, aunque la ley no lo requiere. En Pennsylvania, no se requiere que usted notarice su Testamento con Validez en Vida, sin embargo, si usted planea usar el documento en otro estado, debe averiguar si ese otro estado requiere notarización.

### **¿Qué sucede si ya tengo un Testamento con Validez en Vida de Pennsylvania?**

La ley sobre Testamentos con Validez en Vida de Pennsylvania entró en vigor el 16 de abril de 1992. Usted debería revisar si Testamento con Validez en Vida si éste fue redactado antes de dicha fecha para asegurarse de que cumpla los dos requisitos descritos en la respuesta anterior.

### **¿A quién debo entregar mi Testamento con Validez en Vida?**

Debe dar una copia de su Testamento con Validez en Vida a su médico, hospital, hogar para envejecientes u otro proveedor de servicios de salud. Cuando usted ingresa a un hospital o instalación de cuidado, la ley requiere que su médico u otro profesional de la salud le pregunte si tiene un Testamento con Validez en Vida. Si usted entrega una copia de su Testamento con Validez en Vida a su médico u otro profesional de la salud, ese documento debe pasar a formar parte de su historial médico. Es recomendable también dar una copia a algún familiar inmediato o amigo íntimo.

### **¿Qué sucede si mi médico o profesional de la salud se niega a cumplir las instrucciones de mi Testamento con Validez en Vida?**

Su médico y cualquier otro profesional de la salud deben informarle si no pueden, por razones de conciencia, cumplir sus deseos o si las políticas de la institución les impiden cumplir esos deseos. Ésta es una de las razones por las que debería dar una copia de su Testamento con Validez en Vida a su médico o a los que se encargan de su cuidado y tratamiento médico.

Si usted está incapacitado al admitírsele para recibir cuidado médico y en su Testamento con Validez en Vida ha nombrado a alguien para que tome las decisiones por usted, se debe informar a esa persona que los deseos que contiene dicho documento no pueden cumplirse. Si usted no ha nombrado a nadie en su Testamento con Validez en Vida, se debe



informar a su familia, guardián u otro representante que su Testamento con validez en Vida no puede cumplirse.

El médico u otro profesional de la salud que no pueda cumplir los deseos que usted ha expresado, debe ayudar a transferirlo a otro proveedor de cuidados de salud que esté dispuesto a cumplir sus instrucciones –si éstas son del tipo que se reconoce como válido en Pennsylvania. Es recomendable que, tan pronto como sea posible después de haber redactado su Testamento con Validez en Vida, usted se asegure de que su médico cumplirá los deseos que usted expresó en dicho documento.

### **¿Tiene vigor un Testamento con Validez en Vida de Pennsylvania si estoy embarazada?**

Por lo general, la ley de Pennsylvania no permite al médico ni a otro profesional de la salud cumplir el Testamento con Validez en Vida de una mujer embarazada que haya dado instrucciones de que no se le mantenga con vida. Sin embargo, sí se cumplirán los términos de dicho documento si el médico de la mujer determina que el tratamiento de prolongación de vida: 1) no mantendrá a la mujer en una condición que permita el desarrollo y nacimiento del niño que está en su vientre; 2) causará daño físico a la embarazada; o 3) le causará dolores que no podrán aliviarse con medicamentos.

Si su Testamento con Validez en Vida no puede cumplirse porque usted está embarazada, el Estado debe pagar todos los gastos usuales, ordinarios y razonables relativos a su cuidado.

### **¿Qué sucede si cambio de opinión después de haber redactado un Testamento con Validez en Vida?**

La ley sobre Testamentos con Validez en Vida de Pennsylvania dice que usted puede revocar un Testamento con Validez en Vida en cualquier momento y de cualquier manera. Todo lo que debe hacer es decirle a su médico u otro profesional de la salud que usted lo está revocando. Si alguien lo vio u oyó revocar dicho documento también podrá decirlo a su médico u otro profesional de la salud.

Usted puede también cambiar o reescribir su Testamento con Validez en Vida. Si cambia de opinión después de haber escrito sus instrucciones, deberá destruir dichas instrucciones escritas y todas las copias, o revocarlas, y escribir otras. También es recomendable informar a todos los que participaron en su proceso de decisión que usted ha cambiado de opinión y dar una copia de las nuevas instrucciones a su médico, profesional de la salud y todo el que haya tenido una copia de sus anteriores instrucciones.

## **PODER DURADERO PARA CUIDADOS DE SALUD**

### **¿Qué es un Poder Duradero para Cuidados de Salud (PDPCS)?**

Un PDPCS es un documento legal que le permite a usted (el “**Declarante**”) nombrar a otra persona (el “**Apoderado**”) para que tome decisiones médicas por usted si usted está incapacitado para tomar esas decisiones. La ley dice que el Apoderado puede: 1) autorizar que a usted se le admita en una instalación médica, de cuidado para envejecientes, residencial u otra; 2) efectuar acuerdos para su cuidado; y 3) autorizar procedimientos médicos y quirúrgicos.

El poder de “autorizar procedimientos médicos y quirúrgicos” significa que su Apoderado



podrá hacer arreglos y consentir para que a usted se le practiquen procedimientos médicos, terapéuticos y quirúrgicos, incluido el administrarle medicamentos.

Hasta el momento en que se redacta este folleto, los tribunales de Pennsylvania no han decidido si la ley permite que un Apoderado rehúse un tratamiento a nombre suyo, especialmente si se trata de cuidados que pueden ser beneficiosos.

### **¿Por qué se llama un Poder Duradero?**

Un **poder duradero** es un poder que continúa en vigor, o entra en vigor, si usted se incapacita. Se presume que todos los poderes en Pennsylvania son duraderos, a menos que se especifique lo contrario.

### **¿A quién puedo elegir para que sea mi Apoderado?**

Puede nombrar a casi cualquier adulto para que sea su Apoderado. Deberá elegir a una persona, o varias, que conozca(n) sus deseos, valores y creencias religiosas, en quien(es) confíe y que sepa(n) qué piensa usted acerca de los cuidados de salud. Deberá discutir el tema con la persona o las personas que haya elegido y asegurarse de que comprenda(n) y esté(n) de acuerdo en aceptar la responsabilidad.

### **¿Cuándo entra en vigor el PDPCS?**

El PDPCS sólo entra en vigor cuando usted está temporal o permanentemente incapacitado para tomar sus propias decisiones sobre cuidados de salud, y su Apoderado consiente en comenzar a tomar esas decisiones. Su Apoderado comenzará a tomar decisiones después de que su médico y un segundo médico hayan decidido que usted ya no puede tomarlas.

### **¿Puedo nombrar a más de una persona para que compartan la responsabilidad de ser mis Apoderados?**

Deberá nombrar solamente a **UNA** persona para que sea su Apoderado Principal. Cualquier otra persona que usted desee que tome parte en las decisiones sobre sus cuidados de salud deberá ser nombrada como Apoderado Suplente. Si dos o más personas reciben la misma autoridad y no se ponen de acuerdo sobre una determinada decisión, uno de los objetivos más importantes del PDPCS –identificar claramente quién tiene la autoridad para hablar por usted– no tendrá razón de ser. Si teme ofender a sus familiares o amigos cercanos al elegir a una persona y no a otra para que sea su Apoderado, pida a estas personas que se pongan de acuerdo entre ellas y decidan quién va a ser su Apoderado Principal y elijan a las demás como suplentes.

### **¿Tiene que firmarse el PDPCS en presencia de testigos?**

Sí, usted debe firmar (o hacer que alguien firme el documento en su presencia y según sus instrucciones, si no puede firmar usted), y fechar el documento. A continuación deberá ser atestiguado por 2 personas de 18 años de edad como mínimo, o notarizarse.

### **¿Cuáles son algunas de las diferencias principales entre el PDPCS y el Testamento con Validez en Vida?**

1) A diferencia de un PDPCS, el Testamento con Validez en Vida entra en vigor sólo si usted está en fase terminal o en estado de inconsciencia permanente. El PDPCS por lo general le permite nombrar a alguien para que tome decisiones sobre cuidados de salud



por usted sin que sea necesario describir dichas decisiones. Por otra parte, en un Testamento con Validez en Vida, a menudo se describe el tipo de tratamiento de prolongación de vida que usted desea recibir, y no necesariamente se nombra a alguien para que tome esas decisiones por usted si usted está incapacitado y se encuentra en una fase terminal o en un estado de inconsciencia permanente.

2) Un PDPCS tiene el propósito de darle al representante que usted nombre la autoridad para tomar todo tipo de decisión médica por usted, por ejemplo, si se le debe admitir a determinado tipo de instalación de cuidado de salud. Por otro lado, un Testamento con Validez en Vida se usa por lo general para informar a su profesional de la salud el tipo de cuidado y tratamiento médico que usted desea recibir o no en caso de quedar incapacitado para informárselo al profesional usted mismo.

3) No está claro si su representante nombrado en el PDPCS puede rehusar o detener un tratamiento de prolongación de vida en nombre de usted; está claro que el Testamento con Validez en Vida sí puede usarse para ese fin.

### **¿Puedo tener un PDPCS y un Testamento con Validez en Vida?**

Sí, puede tenerlos ambos ya sea en un solo documento o por separado, aunque en muchos casos se recomienda tenerlos ambos en un solo documento. Hay ciertos factores que debe considerar a la hora de decidir si tendrá ambos documentos o uno de los dos.

Como las facultades que se otorgan en un PDPCS son muy amplias y seguirán en vigor aun si usted queda incapacitado, es muy importante que tenga sumo cuidado al seleccionar la persona que será su Apoderado y al describir las facultades y las pautas aplicables al Apoderado. Aunque las facultades que se otorgan en un Testamento con Validez en Vida son más específicas, de todos modos usted debe tener sumo cuidado al escribir dicho testamento y en especial al seleccionar un Apoderado, si decide elegir uno.

## **DISCUTA SUS INSTRUCCIONES CON OTROS**

### **¿Con quién debo discutir mis instrucciones antes de escribirlas?**

Antes de escribir sus instrucciones, sugerimos que las discuta con su médico, miembros de su familia, amigos u otras personas adecuadas, tales como un miembro del clero. Si usted va a escribir un PDPCS, deberá también discutir sus deseos con la persona que vaya a nombrar como Apoderado.

### **¿A quién debo dar mis instrucciones escritas?**

Debe dar sus instrucciones escritas a su médico de familia y, si es pertinente, a su hospital, hogar para envejecientes u otro profesional de la salud. Es recomendable dar también una copia a su familia o cualquier otra persona relacionada con su proceso de decisión sobre cuidados de salud; también debe guardar una copia para sus archivos.

### **¿Qué sucede si no dejo ninguna instrucción ni nombro a nadie para que tome las decisiones por mí?**

Si usted queda incapacitado para expresar sus deseos sobre su cuidado o tratamiento médico y no ha dejado instrucciones relativas a esos deseos ni ha nombrado a nadie que tome las decisiones por usted, el profesional de la salud podrá pedir a su familia o a los tribunales que tomen decisiones sobre su cuidado y tratamiento.



### **¿Qué sucede si he expresado oralmente mis deseos sobre el tratamiento médico pero no los he puesto por escrito?**

Los profesionales de la salud a veces seguirán las instrucciones orales que usted haya dado a su médico o su familia, y eso dependerá de cuán detalladas y recientes sean dichas instrucciones. Por tanto, sugerimos que le informe a su médico personal y a su familia sus deseos sobre tratamientos futuros, aun si decide no firmar ningún tipo de Directiva Anticipada.

### **¿Es obligatorio que redacte un Testamento con Validez en Vida o un PDPCS?**

No. Es decisión suya. Según la ley, el profesional de la salud no puede determinar el tipo de cuidado que usted necesita, ni discriminar de ninguna forma contra usted, a base del hecho de que usted haya escrito o no dicho documento. Además, según las leyes de Pennsylvania, ningún proveedor de servicios de salud o asegurador puede cobrar honorarios o tarifas distintas a base de si usted ha efectuado o no un Testamento con Validez en Vida.

### **¿Se reconocen en Pennsylvania las Directivas Anticipadas escritas en otros estados?**

La ley de Pennsylvania no es clara. Sin embargo, es posible que su médico, su hospital o un juez por lo menos usarán dicho documento para determinar quién tomará las decisiones sobre su cuidado y qué decisiones se tomarán.

### **¿Con quién debo comunicarme si tengo más preguntas sobre los Testamentos con Validez en Vida o un PDPCS?**

Además de un abogado, existen muchos grupos que pueden ofrecerle información sobre estos documentos. Éstos son algunos de los que puede consultar:

1) Su Intermediario Local para Asuntos de Cuidado a Largo Plazo (Local Long Term Care Ombudsman), a quien puede localizar si llama a la Agencia de Área para Asuntos de la Vejez correspondiente a su comunidad (Area Agency on Aging). El número de teléfono está en las páginas azules de su directorio telefónico. 2) La Oficina del Intermediario Estatal para Asuntos de Cuidado a Largo Plazo (Office of the State Long Term Care Ombudsman, PA Department of Aging), 400 Market Street, 7th Floor, Harrisburg, PA 17101-2301, (717) 783-7247. 3) El Consejo de la Vejez en Pennsylvania (Pennsylvania Counsel on Aging), 400 Market Street, 6th Floor, Harrisburg, PA 17101-2301, (717) 783-1924. 4) La Asociación Americana de Jubilados (American Association of Retired Persons (AARP), 225 Market Street, Harrisburg, PA 17101, (717) 238-2277.

## **PODER PARA CUIDADOS DE LA SALUD MENTAL**

### **¿Qué es un Poder para Cuidados de la Salud Mental (PCSM)?**

Un PCSM es un documento que le permite a usted (el "Declarante") nombrar a otra persona (el "Agente") para que tome decisiones relacionadas con el cuidado de su salud mental por usted si usted está temporal o permanentemente incapacitado para tomar esas decisiones. Es similar a un poder duradero pero limitado a temas relacionados con el cuidado de la salud mental.

### **¿A quién puedo elegir para que sea mi Agente?**

Puede nombrar a prácticamente cualquier persona adulta para que sea su agente. Debe elegir a una o más personas que conozcan sus deseos, valores, creencias religiosas, en quienes confíe y que sepan cómo piensa usted acerca del cuidado de su salud mental. Deberá considerar el tema con la persona o personas que haya elegido y asegurarse de



que comprendan y estén de acuerdo en aceptar la responsabilidad.

Puede seleccionar a un miembro de su familia, como su cónyuge, hijo o hija, hermano o hermana, o incluso un amigo íntimo. Si usted designa a su cónyuge y luego se divorcia, se revocará la designación de éste o ésta como su agente.

### **¿Los PCSM tienen fecha de caducidad?**

Sí, a diferencia del “testamento con validez en vida” (living will) y del poder duradero, que no tienen fecha de caducidad, los PCSM caducan 2 años a partir de la fecha en que usted lo firma. Si está incapacitado en esa fecha, el documento continuará siendo válido hasta que usted pueda volver a tomar sus propias decisiones en relación con el cuidado de su salud mental.

### **¿Dónde puedo conseguir el formulario para el PCSM?**

Debido a limitaciones de espacio, el formulario para el PCSM sugerido por las leyes de Pennsylvania no se ha incluido en este folleto. Póngase en contacto con su médico u otro profesional de salud para obtener una copia del documento sugerido, o bien envíe \$3.00 y un sobre con su dirección y el franqueo correspondiente a Professional Media Resources, P.O. Box 460380, St. Louis, MO 63146 y le enviaremos el documento por correo.

## **DECLARACIÓN DE CUIDADO DE LA SALUD MENTAL**

### **¿Qué es una Declaración de Cuidado de la Salud Mental (DCSM)?**

Una DCSM es un documento legal que le permite a usted notificar a su médico y otros profesionales de la salud sus preferencias e instrucciones en relación con el tratamiento de su salud mental cuando no está en condiciones de tomar estas decisiones por cuenta propia.

### **¿Qué significa “Tratamiento de la Salud Mental”?**

Según las leyes del estado de Pennsylvania, el tratamiento de la salud mental incluye, entre otros: 1) Tratamiento electroconvulsivo (por ejemplo, terapia de electrochoque o fármacos que pueden producir convulsiones), 2) Fármacos psicoactivos (fármacos que actúan sobre su sistema nervioso central), 3) Ingreso e internación en un centro para el cuidado de enfermedades mentales, y 4) Participación en estudios experimentales y ensayos con fármacos.

### **¿Las DCSM tienen fecha de caducidad?**

Sí, a diferencia del “testamento con validez en vida” (living will) y del poder duradero, que no tienen fecha de caducidad, las DCSM caducan 2 años a partir de la fecha en que usted la firma. Si está incapacitado en esa fecha, el documento continuará siendo hasta que usted pueda volver a tomar sus propias decisiones en relación con el cuidado de su salud mental.

### **¿Dónde puedo conseguir el formulario para la DCSM?**

Debido a limitaciones de espacio, el formulario para la DCSM sugerido por las leyes de Pennsylvania no se ha incluido en este folleto. Póngase en contacto con su médico u otro profesional de salud para obtener una copia del documento sugerido, o bien envíe \$4.00 y un sobre con su dirección y el franqueo correspondiente a Professional Media Resources, P.O. Box 460380, St. Louis, MO 63146 y le enviaremos el documento por correo.



# TESTAMENTO CON VALIDEZ EN VIDA DE PENNSYLVANIA

Yo, \_\_\_\_\_, estando en mi sano juicio, libre y voluntariamente hago esta declaración que deberá cumplirse si quedo incapacitado. Dicha declaración refleja mi firme y final propósito de rehusar tratamientos de prolongación de vida en las circunstancias descritas a continuación.

Dispongo que mi médico prescinda de, o suspenda, los tratamientos de prolongación de vida que sólo sirvan para prolongar el proceso de muerte, en caso de que me encuentre en una fase terminal o en estado de inconsciencia permanente.

Dispongo que el tratamiento se limite a medidas que me mantengan cómodo y alivien el dolor, incluido todo dolor que resulte de la privación o suspensión del tratamiento de prolongación de vida.

Además, si me encuentro en las condiciones arriba descritas, mi firme opinión sobre los siguientes tipos de tratamiento es que:

Sí ( ) No ( ) deseo resucitación cardíaca.

Sí ( ) No ( ) deseo respirador mecánico.

Sí ( ) No ( ) deseo alimentación por entubación u otra forma artificial o invasiva de nutrición (alimento) o hidratación (agua).

Sí ( ) No ( ) deseo sangre o productos relacionados.

Sí ( ) No ( ) deseo todo/ningún tipo de cirugía o prueba diagnóstica invasiva.

Sí ( ) No ( ) deseo diálisis renal.

Sí ( ) No ( ) deseo antibióticos.

Entiendo que si no indico específicamente mi preferencia respecto a alguno de los tipos de tratamiento arriba mencionados, podría recibir dicho tipo de tratamiento.

Otras instrucciones: \_\_\_\_\_

## DESIGNACIÓN DE AGENTE

Sí ( ) No ( ) deseo designar a otra persona como mi Agente para que tome decisiones sobre mi tratamiento a nombre mío en caso de que quede incapacitado y me encuentre en una fase terminal o en estado de inconsciencia permanente.

Nombre y dirección del Agente (si se aplica): \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del Agente Suplente (si el Agente arriba designado no puede actuar): \_\_\_\_\_

## DONACIÓN ANATÓMICA

Sí ( ) No ( ) deseo hacer donación de todo mi cuerpo, o partes de éste, conforme a las siguientes limitaciones, si hay alguna:

## FIRMA DEL DECLARANTE

Hice esta declaración el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (mes, año).

Firma del Declarante: \_\_\_\_\_ Núm. Seguro Social: \_\_\_\_\_

Dirección del Declarante: \_\_\_\_\_

## FIRMAS DE LOS TESTIGOS

El Declarante, u otra persona por instrucciones de éste y a nombre suyo, deliberada y voluntariamente firmó este escrito con su firma o una marca en mi presencia.

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

Dirección del testigo: \_\_\_\_\_

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

Dirección del testigo: \_\_\_\_\_



# PODER DURADERO PARA CUIDADOS DE SALUD DE PENNSYLVANIA

Yo, \_\_\_\_\_  
(Nombre y dirección del Declarante)

nombro como apoderado (de aquí en adelante "El Agente") a

\_\_\_\_\_  
(Nombre y dirección del Agente)

con completa autoridad para tomar en mi nombre decisiones sobre cuidados y tratamientos de salud según se autoriza en este documento.

En caso de que yo quede incapacitado para dar mi consentimiento con conocimiento de causa respecto a decisiones sobre el cuidado de mi salud, por este medio otorgo al Agente arriba nombrado completas facultades y autoridad para que tome por mí dichas decisiones antes y después de mi muerte, lo que incluye: 1) Dar, negar o retirar el consentimiento para cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento que tenga el fin de mantener, diagnosticar o tratar una condición física o mental; 2) Autorizar mi admisión a un hospital, hogar de envejecientes, centro residencial de cuidados o institución similar, y efectuar acuerdos para mi cuidado; 3) Autorizar que se me dé de alta o se me transfiera de un hospital, hogar de envejecientes, centro residencial de cuidados o institución similar; 4) Recibir, revisar y obtener copias de mi expediente médico y consentir a que se haga público dicho expediente; 5) Autorizar la participación en investigaciones médicas o sociales conforme a las pautas éticas de dichas investigaciones y a las leyes del Estado de Pennsylvania; y 6) Hacer una donación anatómica con mi cuerpo, o parte de éste, igual que lo habría hecho yo conforme a la Ley Uniforme de Donaciones Anatómicas. Las anteriores facultades están sujetas a las limitaciones e instrucciones especiales que establezco en este documento.

Mi(s) Agente(s) ha(n) aceptado actuar como mi(s) Apoderado(s). Se le(s) ha notificado que se le(s) nominará como mi(s) guardián(es) si se inician procesos para declararme incapacitado.

Mi(s) Agente(s) debe(n) actuar conforme a mis deseos según se establecen en este documento o según se los haga yo saber a dicho(s) Agente(s). Si no se conocen mis deseos, mi(s) Agente(s) tiene(n) la obligación de actuar en mi mejor interés.

## TRATAMIENTO DE PROLONGACIÓN DE VIDA

He puesto mis iniciales en el (los) párrafo(s) número \_\_\_\_\_ a continuación, donde se establecen mis deseos sobre los tratamientos de prolongación de vida. Entiendo que éstos incluyen también el administrar nutrición e hidratación mediante intubación gástrica, de forma intravenosa o por cualquier otro medio artificial. Además, dispongo que mi(s) Agente(s) informe(n) estas instrucciones a cualquier médico o profesional de la salud que pueda también ser responsable de mi cuidado.

1. Deseo que se prolongue mi vida en la mayor medida posible independientemente de mi condición, las oportunidades de recuperación o supervivencia que tenga o el costo de los procedimientos o tratamientos. (\_\_\_\_)

2. Si estoy en un coma irreversible, no deseo que se utilicen procedimientos ni tratamientos prolongadores de vida. (\_\_\_\_)



3. Si tengo una enfermedad, lesión o condición incurable o terminal, sin esperanza razonable de recuperación o supervivencia a largo plazo, no deseo que se utilicen procedimientos ni tratamientos prolongadores de vida. (\_\_\_\_)

4. Si las desventajas del tratamiento que se me ofrecerá o se me continuará ofreciendo sobrepasan los beneficios previstos, no deseo que se utilicen tratamientos prolongadores de vida. Deseo que mi Agente tenga en cuenta el posible alivio del sufrimiento, la conservación y restauración de mis funciones y la calidad de la posible prolongación de mi vida. (\_\_\_\_)

5. Otro \_\_\_\_\_ . (\_\_\_\_)

### DESIGNACIÓN DE AGENTE SUPLENTE (OPCIONAL)

*(No se requiere que usted designe un Agente Suplente o más de uno, pero puede hacerlo. Un Agente Suplente podrá tomar las mismas decisiones sobre cuidados de salud que su Agente Designado, si éste no puede o no desea actuar como tal.)*

Si el Agente nombrado por mí falleciera, quedara legalmente impedido o incapacitado, o renunciara, se negara a actuar o no estuviera disponible, nombro a las siguientes personas (quienes actuarán sucesivamente en el orden indicado) como mis Agentes Suplentes:

Primer Agente Suplente

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Segundo Agente Suplente

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

### FIRMA DEL DECLARANTE

Estoy plenamente informado sobre todo el contenido de este Poder Duradero para Cuidados de Salud y entiendo el pleno significado de este otorgamiento de facultades a mi(s) Agente(s). Declaro además que estoy emocional y mentalmente capacitado para efectuar este documento.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Declarante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de nacimiento)

\_\_\_\_\_  
(Núm. de Seguro Social)

### DECLARACIÓN DEL TESTIGO

Declaro bajo so pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de Pennsylvania, que conozco personalmente a la persona que firmó este documento y que dicha persona es el Declarante; que el Declarante firmó este documento en mi presencia o dio instrucciones a otra persona para que firmara este documento a nombre suyo en mi presencia; que he firmado este







# RESUMEN DE LAS POLÍTICAS DE CUIDADO DE SALUD CONCERNIENTES A LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES A LA AUTODETERMINACIÓN

(Debido a que un resumen de esta naturaleza no puede contestar todas las preguntas posibles ni cubrir todas las circunstancias, usted deberá discutir las preguntas restantes con un representante de este centro de cuidado de salud.)

1. Antes de comenzar algún procedimiento o tratamiento, el médico dará al paciente toda la información necesaria para que éste se forme una opinión con conocimiento de causa sobre si desea o no desea recibir el procedimiento o tratamiento. Excepto en una emergencia, la información provista al paciente para obtener su consentimiento incluirá, pero no necesariamente se limitará a, el procedimiento o tratamiento propuesto, los riesgos potenciales y la duración probable de la incapacidad. Siempre que haya alternativas importantes de cuidado o tratamiento, o cuando el paciente solicite información sobre alternativas, se dará al paciente dicha información. El paciente tendrá derecho a conocer a la persona que será responsable de todo procedimiento y tratamiento.

2. El paciente podrá rechazar el tratamiento médico en la medida en que la ley lo permita. Si el paciente rechaza el tratamiento, se le informarán las consecuencias médicas importantes que podría tener dicha acción.

3. El paciente recibirá información escrita sobre los derechos que tiene como individuo, bajo las leyes estatales, a tomar decisiones concernientes a su cuidado médico.

4. Al paciente se le dará información y oportunidad para elaborar directivas anticipadas que incluyan, pero no se limiten a: un Testamento con Validez en Vida de Pennsylvania ("Living Will"), un Poder Duradero para Cuidados de Salud, Un Poder Para Cuidados de la Salud Mental, y Una Declaración de Cuidado de la Salud Mental.

5. El paciente recibirá cuidados sin importar si ha redactado o no una directiva anticipada.

6. La directiva anticipada del paciente, si la ha hecho, pasará a formar parte de su expediente médico permanente.

7. Todas las condiciones contenidas en la directiva anticipada del paciente serán cumplidas por el centro de cuidado de salud y los proveedores de cuidados en la medida que lo requiera o lo permita la ley.

8. Se transferirá al paciente a otro doctor o centro de cuidado de salud si su(s) doctor(es) o el agente de su(s) doctor(es), o el centro de cuidado de salud, no pueden respetar lo establecido en la directiva anticipada del paciente por razones de "conciencia".

9. El paciente puede telefonar a las siguientes entidades si tiene preguntas o quejas sobre estas políticas de directivas anticipadas:

Agencias de Cuidado en el Hogar, 800-222-0989  
Hogares de Convalecencia, 800-254-5164      Hospitales, 717-783-8980

© Derechos Reservados  
Professional Media Resources  
PO Box 460380  
St. Louis, MO 63146-7380  
800-753-4251

**PARA OBTENER COPIAS ADICIONALES DE ESTE FOLLETO, LOS INDIVIDUOS PUEDEN VISITAR  
NUESTRO SITIO EN INTERNET: [WWW.ADVIDIR.COM](http://WWW.ADVIDIR.COM)**

Todos los derechos reservados. Algunas partes de esta publicación no podrán reproducirse ni transmitirse de forma alguna ni por medio alguno, ya sean electrónicos o mecánicos, incluidas las fotocopias, grabaciones y los sistemas de almacenaje o recuperación de información, sin permiso por escrito del publicador. Los pacientes y otras personas podrán fotocopiar los formularios legales para distribuirlos según se recomienda en este folleto.