

PODER PARA CUIDADOS DE SALUD DE MASSACHUSETTS

Cómo expresar sus deseos sobre su cuidado y tratamiento

Decisiones para cuidados de salud: planificación por adelantado

Usted tiene derecho a tomar las decisiones para sus propios cuidados de salud. Sin embargo, una enfermedad o un accidente grave podría impedir que realizara o comunicara esas elecciones. Por eso es importante que piense sobre sus deseos y los comparta con su equipo de cuidados de salud y sus seres queridos, tanto personalmente como por escrito.

Un formulario de poder para cuidados de salud es un documento legal simple que le permite, si tiene al menos 18 años de edad, nombrar a una persona en quien confía para que hable por usted si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo. En Massachusetts, la persona que usted elige se denomina apoderado de cuidados de salud.

En Dana-Farber Cancer Institute creemos que todos los pacientes deben tener un apoderado de cuidados de salud desde el comienzo de su tratamiento aquí. Le recomendamos que complete el formulario de poder para cuidados de salud adjunto. Nuestro objetivo es que cada paciente adulto identifique un apoderado de cuidados de salud antes de su tercera consulta en DanaFarber. Puede negarse a identificar un apoderado pero se le solicitará que lo haga por escrito. No es necesario que tenga un formulario de poder para cuidados de salud firmado para recibir una atención excelente en Dana-Farber.

Si ya ha completado un formulario de poder para cuidados de salud similar, entregue una copia a su médico de DanaFarber, así como también a su médico de cabecera, de manera que sea incluido en su historia clínica.

¿Qué función cumple un apoderado de cuidados de salud?

Si no puede tomar decisiones o hablar por sí mismo, el médico le solicitará a su apoderado que hable en su nombre. Su apoderado tendrá acceso completo a su historia clínica, incluida la información médica personal necesaria para tomar decisiones sobre su atención. Esta persona comunicará sus valores y objetivos (las cosas que son más importantes para usted) e intentará imaginarse que se encuentra en su situación. Su apoderado considerará las opciones de acuerdo con su enfermedad, pronóstico y los tratamientos disponibles. Su apoderado será responsable de presentar su mejor comprensión sobre sus deseos al equipo médico y de tomar decisiones en su nombre.

Su apoderado puede tomar decisiones por usted únicamente si su equipo de atención médica determina que usted no puede hablar por sí mismo. Si usted puede comunicarse y demostrar una capacidad de comprender las opciones de tratamiento que tiene disponibles, los proveedores de cuidado lo alentarán para que tome sus propias decisiones sobre el tratamiento.

Un apoderado de cuidados de salud participa en las decisiones médicas únicamente y no tiene autoridad legal para hablar por usted sobre cuestiones financieras o de otro tipo.

¿Por qué es importante un poder para cuidados de salud?

Los avances de la medicina moderna han salvado vidas y mejorado la calidad de vida de muchas personas. Sin embargo, a veces es posible que dichos avances no sean útiles, el tratamiento implique sacrificios o provoque efectos secundarios que podrían superar cualquier beneficio que se podría obtener. Se necesita la toma seria de decisiones médicas al considerar las numerosas opciones disponibles. Dana-Farber desea asegurarse de que honramos sus elecciones, incluso si no puede hablar por sí mismo.

Sabemos que el hecho de pensar por adelantado sobre elecciones médicas puede ser difícil. Sin embargo, el hecho de que haga conocer sus deseos por adelantado puede brindarle una sensación de seguridad y confianza de que sus deseos serán respetados. Además, esto puede reducir la carga de sus seres queridos ayudándolos a saber lo que preferiría si alguna vez tuvieran que tomar decisiones por usted.

¿Quién debe tener un apoderado de cuidados de salud?

Nuestros expertos recomiendan que todos los adultos, independientemente del estado de salud, tengan un apoderado de cuidados de salud porque la vida es incierta. Es especialmente importante que tenga un apoderado de cuidados de salud si tiene una enfermedad grave (tal como cáncer), es mayor de 65 años de edad, tiene deseos sólidos sobre la atención que le gustaría (o no le gustaría) recibir si estuviera gravemente enfermo, si no tiene parientes cercanos o si podría querer que un pariente específico o alguien que no sea un familiar tome las decisiones médicas en su nombre.

¿A quién debería elegir como mi apoderado de cuidados de salud?

Piense en alguien en quien confiaría para tomar decisiones médicas por usted si no pudiera hablar por sí mismo; por ejemplo, si estuviera en coma o temporalmente inconsciente. Es importante que elija a alguien que:

- lo conozca bien y respete sus valores y deseos, incluidas las creencias religiosas o éticas
- se sienta cómodo al discutir cuestiones serias con usted, tales como dónde preferiría recibir atención si estuviera muy enfermo (p. ej., en el hogar, en el hospital, en una residencia de ancianos) o si preferiría medidas que le prolonguen la vida (respirador artificial)
- comprenda la función de un apoderado de cuidados de salud y esté dispuesto a desempeñarse como tal
- en quien usted confía que seguiría sus instrucciones

Un apoderado de cuidados de salud generalmente es un pariente o un amigo íntimo pero puede ser cualquier adulto competente. De acuerdo con la ley de Massachusetts, un apoderado de cuidados de salud no puede ser alguien que se encuentra empleado en el centro donde usted es paciente, excepto que esté relacionado con usted por vínculos de sangre, matrimonio o adopción.

¿Qué debería discutir con mi apoderado de cuidados de salud?

Es fundamental que la persona que usted identifique como su apoderado comprenda sus deseos sobre la atención médica futura. La tarea del apoderado consiste en que se ponga en su lugar y tome decisiones, en la medida de lo posible, de acuerdo con lo que usted desearía, no lo que el apoderado desearía para usted o para sí mismo. Cuanto más comparta sus propios valores e ideas sobre los tipos de atención, mejor comprenderá su apoderado cómo reaccionar en su nombre.

Las preguntas que podría considerar discutir con su apoderado incluyen: ¿Cuánto estoy dispuesto a soportar para extender mi vida? ¿Quisiera mantenerme vivo mediante un aparato? ¿Deseo que me operen? Si tuviera una enfermedad irreversible, ¿preferiría recibir un tratamiento intensivo en el hospital o recibir un tratamiento menos intensivo orientado al bienestar en mi hogar?

¿Es lo mismo un poder para cuidados de salud que un testamento en vida?

No. Un testamento en vida es un documento que le permite describir el tipo de atención que desearía o no desearía recibir si se enfermara de manera terminal o si no se esperara que se recupere de una enfermedad, tal como un estado de coma. Un formulario de poder para cuidados de salud nombra a alguien que puede tomar decisiones sobre la atención médica por usted, ya sea que tenga un diagnóstico terminal o no. Es posible que desee completar un testamento en vida para documentar sus deseos.

¿Qué sucede si ya he firmado un "poder notarial"?

Si no ha nombrado un apoderado de cuidados de salud y no está en condiciones de tomar decisiones médicas, los médicos le solicitarán a su familiar más cercano que tome las decisiones en su nombre. Si no se puede encontrar un pariente cercano, los médicos pueden tomar las decisiones de acuerdo con los deseos o preferencias que usted les haya expresado previamente a ellos, o un tribunal puede designar un guardián para que se comunique con usted.

¿Cómo completo un poder para cuidados de salud?

No es necesario un abogado para completar el formulario. El formulario se valida después de que usted nombra un apoderado y lo firma frente a dos testigos. Toda persona de al menos 18 años de edad puede ser testigo. Sin embargo, su apoderado de cuidados de salud no puede ser testigo. Incluso si no vive en Massachusetts, puede utilizar este formulario si recibe su atención aquí.

¿Puedo cancelar o modificar mi poder para cuidados de salud?

Puede cancelar o modificar el poder para cuidados de salud en cualquier momento completando un formulario nuevo y entregándolo a su proveedor de atención médica de Dana-Farber. Además, es posible que limite las decisiones que su apoderado de cuidados de salud puede tomar por usted. Por ejemplo, puede especificar que “bajo ninguna circunstancia deseo que me conserven vivo conectado a un aparato.”

¿Qué sucede después de completar el formulario?

- Lleve el formulario completado a Dana-Farber. Haremos una copia y le enviaremos el documento original a usted.
- Desde la primera a la tercera consulta inclusive, un miembro del personal de DanaFarber le preguntará si tiene el formulario completo. Puede entregarle una copia a la persona o a cualquier miembro del equipo de atención médica de Dana-Farber de manera que se agregue a su historia clínica. Si lo prefiere, puede enviar una copia del formulario por correo a: **Dana-Farber Cancer Institute, Health Information Services, 450 Brookline Ave., Boston, MA 02215.**
- Otras personas que deberían recibir una copia incluyen su médico de cabecera, su apoderado de cuidados de salud, sus parientes y su abogado, si tiene uno.
- Discuta sus deseos con su apoderado de cuidados de salud y toda otra persona que podría resultar útil al considerar estas elecciones difíciles. Asegúrese de que su médico y los parientes y amigos clave sepan a quién ha nombrado como su apoderado de cuidados de salud y cuáles son sus deseos para dicha atención. Además, puede designar un apoderado alternativo en caso de que la primera persona que eligió no se encuentre disponible.

¿Qué sucede si no elijo un apoderado de cuidados de salud?

Si no ha nombrado un apoderado de cuidados de salud y no está en condiciones de tomar decisiones médicas, los médicos le solicitarán a su familiar más cercano que tome las decisiones en su nombre. Si no se puede encontrar un pariente cercano, los médicos pueden tomar las decisiones de acuerdo con los deseos o preferencias que usted les haya expresado previamente a ellos, o un tribunal puede designar un guardián para que se comunique con usted.

¿Existen otros recursos que podrían resultar útiles?

“Cinco deseos” son unas instrucciones anticipadas para las personas de al menos 18 años de edad que contemplen cuestiones tales como la comodidad, la dignidad y la espiritualidad. Los Cinco deseos son legales en la mayoría de los estados de EE. UU., inclusive Massachusetts. Busque una versión en español en línea en www.agingwithdignity.org.

¿Con quién puedo conversar sobre estas cuestiones en DanaFarber?

Si tiene alguna pregunta sobre el poder para cuidados de salud o la planificación de las instrucciones anticipadas, generalmente le recomendamos que las comparta con su equipo de atención médica.

Además, puede conversar con uno de los miembros de nuestro personal:

- Especialistas en relaciones con el paciente/la familia al **617-632-3417**
- Asistentes sociales al **617-632-3301**
- Asesores de cuidados paliativos al **617-632-6464**

PODER PARA CUIDADOS DE SALUDRevise y complete la **Opción A** o la **Opción B**. **OPCIÓN A (SELECCIONE SU APODERADO PARA CUIDADOS DE SALUD):**

YO, NOMBRE EN IMPRENTA: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____ E-MAIL DIRECCIÓN: _____

DESIGNO A:

NOMBRE EN IMPRENTA: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____ E-MAIL DIRECCIÓN: _____

Como mi apoderado para cuidados de salud, quien tendrá la autoridad de tomar todas las decisiones de atención médica en mi nombre. Esta autoridad cobra vigencia si el médico tratante determina por escrito que carezco de la capacidad para tomar o comunicar las decisiones sobre la atención médica por mí mismo. Mi apoderado para cuidados de salud tendrá la misma autoridad que yo tendría para tomar dichas decisiones EXCEPTO (enumere la[s] limitación[es], si correspondiera, que usted desea colocar en la autoridad de su apoderado): _____

Le indico a mi apoderado para cuidados de salud que tome las decisiones de acuerdo a su evaluación de mis deseos personales, incluidos los expresados en cualquier declaración de testamento en vida que yo pueda haber firmado. Si se desconocieran mis deseos, mi apoderado tomará las decisiones de acuerdo con su evaluación según lo que sea mejor para mí. Las fotocopias de este formulario de poder tendrán la misma fuerza y vigencia que el original. Si la persona que he nombrado como mi apoderado para cuidados de salud no se encuentra disponible, no está dispuesto o no es competente para desempeñarse como tal, designo a la siguiente persona como mi apoderado alternativo (opcional):

NOMBRE EN IMPRENTA: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____ E-MAIL DIRECCIÓN: _____

Nota: Usted no puede elegir como su apoderado para cuidados de salud o apoderado alternativo a un empleado o miembro del personal médico de Dana-Farber Cancer Institute, excepto que esté relacionado con esa persona por vínculos de sangre, matrimonio o adopción.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

Esta parte del formulario exige la firma de dos testigos que tengan al menos 18 años de edad.

DECLARACIÓN DEL TESTIGO: Nosotros, los testigos que suscribimos, en esta fecha, _____, cada uno declaramos que hemos atestado la firma de este documento y que el firmante parece tener al menos 18 años de edad, está en pleno uso de sus facultades y bajo ninguna restricción ni influencia indebida. **Importante: Ninguno de los testigos puede ser el tutor para la atención médica ni el tutor alternativo.**

Testigo n.º 1: _____ Testigo n.º 2: _____

NOMBRE EN IMPRENTA: _____ NOMBRE EN IMPRENTA: _____

DIRECCIÓN: _____ DIRECCIÓN: _____

 OPCIÓN B He recibido la información que explica el propósito de un poder para cuidados de salud y comprendo la importancia de designar un apoderado para cuidados de salud. Sin embargo, me niego a identificar a un apoderado para cuidados de salud en este momento. Pero comprendo que podría identificar un apoderado para cuidados de salud en cualquier momento más adelante. Razón(es): _____**FIRMA DEL PACIENTE:** _____ **FECHA:** _____**PATIENT KEEPS ORIGINAL COPY.****COPIES SHOULD BE MADE FOR DFCI MEDICAL RECORD AND AGENTS NAMED.**