

# DIRECTIVA ANTICIPADA DE ATENCIÓN DE LA SALUD

(Conforme a las normas de Testamentaría de California Artículos 4670 et seq.)

## DOCTRINA DE LA IGLESIA CATÓLICA SOBRE LA EUTANASIA

**La Muerte Es Un Hecho Natural De la Condición Humana.** La muerte ni se debe temer ni evitar a toda costa, no se debe temer ni evitar a toda costa, tampoco buscarla ni procurarla directamente.

**La Eutanasia es inmoral.** La eutanasia no es permitida. La eutanasia se define como la terminación intencional de la vida con actos de omisión para reducir el sufrimiento.

**Tratamiento del Dolor.** Las técnicas modernas de control del dolor ordinariamente no acortan la vida. Sin embargo el tratamiento del dolor severo es aceptable aunque hipotéticamente pudiera acortar la vida. En todo caso el tratamiento del dolor no es eutanasia porque el objetivo de este no es la muerte del paciente. Mantener la lucidez mental es un elemento importante para la preparación de la muerte, pero el dolor severo se debe tratar hasta donde sea posible.

**Proporcionalidad del tratamiento Médico Para Mantener la Vida.** Las decisiones de administrar, negar o discontinuar el tratamiento para mantener la vida se debe basar en el concepto de proporcionalidad. No existe la obligación de buscar un tratamiento para mantener la vida si los riesgos y el peso moral o económico son desproporcionados a los beneficios que se pueden obtener. El concepto de peso moral o económico es muy amplio y se debe definir individualmente. Incluye entre otros aspectos, incomodidad, riesgos y el costo del tratamiento en cuestión

**Nutrición e Alimentación (Agua y Alimentación).** El no proveer a la paciente nutrición e hidratación—*con el fin de terminar la vida del paciente o acelerar la muerte del mismo*—es considerado eutanasia y es siempre inmoral, incluso cuando la alimentación requiera medios artificiales. Sin embargo puede darse la situación en que el agua y la alimentación no proveen beneficios razonables y puede ser una carga más para el paciente moribundo. En estos casos la provisión de agua y alimento por medios artificiales o de otro tipo, ya no son apropiados, aunque el proceso de la muerte se acelere *incidentalmente*.

**Recomendación de consultar con Asesores Médicos y Espirituales.** No es fácil para los pacientes y los agentes de servicio de salud aplicar los principios de proporcionalidad a las situaciones particulares. Consultar con asesores médicos es casi siempre necesario para evaluar los posibles beneficios, dificultades y riesgos para el paciente. Consultar con consejeros espirituales es recomendable para los pacientes y los agentes de salud para poder llegar a decisiones honestas y objetivas.

**Puede encontrar información más detallada.** La mayoría de los principios se han obtenido de la Declaración sobre la Eutanasia que fue promulgada en 1980 por la Congregación de la Doctrina de la Fe del Vaticano. Otros documentos y otros medios de orientación se pueden encontrar en la página Web de la Conferencia de Obispos Católicos de los Estados Unidos ([www.usccb.org/prolife](http://www.usccb.org/prolife)).

### Apartado 1 — PODER NOTARIAL PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD

**1.1 Nombramiento del Agente.** Yo, \_\_\_\_\_ por la presente nombro a la siguiente persona como mi agente para que tome las decisiones de la atención de la salud en mi nombre:

Nombre (letra de molde) \_\_\_\_\_ relación: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Dirección donde recibe su correo: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**1.2 Primer agente sustitutivo.** Si revoco la autoridad de mi agente o si él/ella no está dispuesto(a), no es capaz o no se halla razonablemente disponible para tomar las decisiones de atención de la salud en mi nombre, nombro como mi primer agente sustitutivo a:

Nombre (letra de molde) \_\_\_\_\_ relación: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Dirección donde recibe su correo: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**1.3 Segundo agente sustitutivo.** Si yo revoco la autoridad de mi agente y del primer agente sustitutivo o si ninguna de estas personas está dispuesta, no es capaz o no se halla razonablemente disponible para tomar decisiones de atención de la salud en mi nombre, nombro como segundo agente sustitutivo a:

Nombre (letra de molde) \_\_\_\_\_ relación: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Dirección donde recibe su correo: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**1.4 Autoridad del Agente.** Mi agente está autorizado para tomar todas las decisiones de atención de la salud en mi nombre, incluyendo las decisiones para proporcionar, retener o retirar la nutrición e hidratación artificial (agua y alimento) y cualquier otra forma de atención médica para mantenerme con vida, *con la excepción de lo que indico en el Apartado 2.*

**1.5 Cuando entra en vigor la autoridad de mi agente.** La autoridad de mi agente comienza cuando mi médico primario determine que no cuento con la capacidad para tomar mis propias decisiones de la atención de la salud. Me reservo el derecho de revocar esta autorización o de oponerme a cualquier decisión que tome mi agente en cualquier momento.

Firma (opcional) \_\_\_\_\_

**1.6 Obligaciones del Agente.** Mi agente debe tomar las decisiones sobre la atención de mi salud, conforme a (i) este poder notarial para la atención de la salud. (ii) todas las instrucciones que he dado en el Apartado 2 de este formulario y (iii) Mis otros deseos conocidos por mi agente. En cuanto a los deseos que desconozca mi agente, él/ella debe tomar las decisiones respecto a la atención de mi salud conforme a lo que mi agente considere ser lo mejor para mí. Para determinar qué es lo mejor para mí, mi agente deberá tomar en cuenta mis valores personales en la medida que él/ella los conozca.

**1.7 Autoridad del agente para después de mi fallecimiento.** Mi agente está autorizado para hacer las donaciones anatómicas, autorizar una autopsia y la disposición de mis restos mortales, con la excepción de lo que yo indico aquí o los Apartados 3 y 4 de este formulario:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Apartado 2 — INSTRUCCIONES SOBRE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

**2.1 Las decisiones sobre la atención de la salud deben ser consistentes con las enseñanzas católicas.** Cualquier decisión de mí atención medica debe estar de acuerdo con las enseñanzas fundamentales de la Iglesia Católica Romana. Estas enseñanzas han sido presentadas de manera detallada en la primera página de este documento.

**2.2 Decisiones para el final de la vida.** Es imposible anticipar de una manera adecuada todas las consideraciones que han de tomarse en cuenta, en el momento en que se ha de tomar una decisión sobre el tratamiento para mantener la vida. Por lo tanto, si he nombrado a un agente en la Primera Parte de este documento, confío plenamente en el criterio de esta persona y pido que mis proveedores médicos sigan sus instrucciones.

**2.3 Instrucciones Especiales (Opcional).** Las siguientes líneas pueden usarse para establecer cualquier otra indicación, limitación, o declaración en torno a la atención médica, tratamientos, servicios y procedimientos.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Apartado 3 — DONACIÓN DE ÓRGANOS (OPCIONAL)

El agente nombrado en este documento tiene la autoridad para realizar donaciones anatómicas a menos que se hayan expresado intenciones contrarias. Para expresar claramente sus intenciones, marque la casilla (a) o (b) y deje espacios en blanco para cualquier limitación:

- (a) No deseo donar ninguno de mis órganos, tejidos o partes de mi cuerpo después de mi muerte.
- (b) Deseo donar cualquier órgano, tejido o parte de mi cuerpo que sean necesarios, o mi donación se limita solamente a los siguientes órganos, tejidos o partes:

\_\_\_\_\_

Mi donación es para el siguiente propósito: (tache con una x cualquiera de las siguientes intenciones con la que no esté de acuerdo):

- (1) Trasplante      (2) Tratamiento Médico      (3) Investigación Médica      (4) Enseñanza

Otras limitaciones: \_\_\_\_\_

### Apartado 4 — DISPOSICIÓN DE SUS RESTOS MORTALES (OPCIONAL)

**4.1 Autoridad del Agente.** Yo entiendo que mi agente nombrado en este documento tiene la autoridad de disponer de mis restos mortales, a menos que indique lo contrario por escrito.

**4.2 Instrucciones.** Mis instrucciones sobre mis restos mortales están descritas en:

- (a) Un contrato escrito para los servicios fúnebres con: \_\_\_\_\_  
*Nombre del Director de la Funeraria, Funeraria y o Cementerio*
- (b) Mi Testamento, el cual se encuentra en: \_\_\_\_\_  
*Lugar donde se encuentra el Testamento*
- (c) Las instrucciones que siguen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*Instrucciones específicas*

### Apartado 5 — AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE LA LEY HIPAA

**5.1 Divulgación Autorizada de la Información Médica.** Por la presente, concedo a las personas nombradas como mi agente primario y agente sustitutivo para la atención de la salud, en el Apartado 1 de este documento, amplio poder y la autoridad para solicitar, revisar y recibir cualquier información, verbal o escrita, en torno a mi salud física o mental, en la medida que yo mismo(a) tenga dichos derechos, conforme a la ley de 1996 sobre la Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA—por sus siglas en inglés). Además concedo a cada una de las personas previamente mencionadas el derecho adicional de dar su consentimiento para que se divulgue dicha información a terceras partes.

**5.2 Vigencia Inmediata para la Autorización HIPAA.** Las autorizaciones previas cobran vigencia inmediatamente y, no obstante las disposiciones del Apartado 1.5 de arriba, no dependen de mi inhabilidad de tomar las decisiones sobre la atención de la salud.

### Apartado 6 — REVOCACIÓN DE LAS DIRECTIVAS ANTERIORES

**6.1 Revocación de Nombramientos Anteriores de los Agentes de la Atención de la Salud.** Al ejecutar este documento, por este medio, revoco todos los Poderes Notariales anteriores en relación a la atención de la salud y cualquier otro o todos los nombramientos de agentes para la atención de la salud, conforme a las leyes de cualquier jurisdicción dentro o fuera de los Estados Unidos de América.

**6.2 Revocación de las Directivas Anteriores para la Atención de la Salud Mediante.** La ejecución de este documento, por el presente, revoco todos los documentos anteriores, dondequiera que se hayan ejecutado, ya sea fuera o dentro de los Estados Unidos de América, el cual se considera tendría calidad de Directiva Anticipada de Atención de la Salud, conforme a las leyes del Estado de California.

### Apartado 7 — FIRMAS Y TESTIGOS

**7.1 Validez de una copia.** Una copia de este documento tiene la misma validez que el original.

**7.2 Firma y fecha.**

Fecha de la firma \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*(Firme su nombre)*

Lugar en donde se firmó: \_\_\_\_\_

**7.3 Declaración de los testigos.** Yo declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de California (i) que la persona que firmó o reconoció esta Directiva Anticipada de la Atención de la Salud es una persona que yo conozco o que la identidad de la persona ha sido verificada por pruebas convincentes. (ii) que la persona firmó o reconoció esta Directiva en mi presencia, (iii) que la persona parece tener pleno uso de sus facultades mentales y no parece estar actuando por coerción, fraude o alguna influencia indebida (iv) que yo no fui nombrado(a) como agente de esa Directiva Anticipada, y (v) que no soy proveedor médico, empleado del proveedor médico, operador de una institución comunitaria de atención médica, empleado de un operador de una institución comunitaria de atención médica, operador de una institución de cuidados residenciales para ancianos ni empleado de un operador de una institución de cuidados residenciales para ancianos.

Primer testigo: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 (Firma)

\_\_\_\_\_  
 (Fecha) (Nombre en letra de molde)

Segundo testigo: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 (Firma)

\_\_\_\_\_  
 (Fecha) (Nombre en letra de molde)

**7.4 Declaración Adicional de los Testigos.** Por lo menos uno de los testigos que hayan firmado arriba debe firmar la siguiente declaración:

Además declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de California que no tengo parentesco de sangre, por matrimonio o por adopción con la persona que ejecuta esta Directiva Anticipada de Atención de la Salud. Según mi leal saber y entender no tengo derecho a ninguna parte del caudal hereditario de esta persona después de su muerte, de acuerdo a un testamento actualmente existente o por ministerio de la ley.

\_\_\_\_\_  
 (Firma) (Firma)

**Apartado 8 — RECONOCIMIENTO ANTE UN NOTARIO PÚBLICO**

**8.1 Reconocimiento Notarial como una alternativa a los testigos del Apartado 7.** No se requiere que el documento sea reconocido ante un Notario Público si firmaron los testigos debidamente en el Apartado 5 de arriba. El reconocimiento ante un Notario Público no elimina la necesidad de la declaración del representante del paciente o Protector Administrativo (“Ombudsman”), en el Apartado 7 de abajo, un requisito para los pacientes en instituciones de enfermería especializada.

**ESTADO DE CALIFORNIA**

**CONDADO DE** \_\_\_\_\_ )  
 ) ss

En el \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, ante mí, el infrascrito \_\_\_\_\_, notario público del Estado de California, compareció \_\_\_\_\_, a quien conozco personalmente, o me demostró con pruebas satisfactorias, ser la persona cuyo nombre se encuentra suscrito en el presente documento, quien certificó que él/ella ejecutó formalizó el mismo en su capacidad jurídica, y que con su firma en este documento, la persona, o la entidad representada por esta persona, ejecutó este documento.

**EN FE DE LO CUAL,** firmo y pongo mi sello oficial en la fecha indicada arriba.

[Sello]

\_\_\_\_\_  
 Notario Público

**Apartado 9 — REQUISITO EXTRAORDINARIO DE TESTIGOS**

**(PARA LOS PACIENTES INTERNADOS EN INSTITUCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA)**

**9.1 Representante del Paciente o Protector Administrativo (“Ombudsman”).** Lo siguiente declaración se requiere solamente para los pacientes internados en una institución de enfermería especializada - una clínica médica que proporciona los siguientes servicios básicos: atención especializada de enfermería y cuidados sustentadores para los pacientes cuya necesidad primordial es disponer de atención especializada de enfermería por un tiempo prolongado. En dicha situación, el representante del paciente o el protector administrativo deberá firmar la siguiente declaración, aunque este documento haya sido notariado.

**DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE DEL PACIENTE O PROTECTOR ADMINISTRATIVO**

Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de California, que soy representante del paciente o protector administrativo, según lo ha designado el “State Department of Aging” y que actúo en calidad de testigo, como lo requiere el Artículo 4675 del Código de Testamentaría de California.

Fecha: \_\_\_\_\_, 20\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma)

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de molde)

**ESPACIO PARA LIMITACIONES Y/O INSTRUCCIONES ADICIONALES**

[Apartado 1.7 y 2.3]

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**COPIAS**

**LA LEY DE CALIFORNIA PERMITE QUE SE CONFÍE EN LAS FOTOCOPIAS DE ESTE DOCUMENTO COMO SI FUESEN EL ORIGINAL. SE RECOMIENDA QUE TENGA POSESIÓN DE SU DOCUMENTO ORIGINAL Y QUE CONSIDERE DARLE FOTOCOPIAS Y QUE HABLE SOBRE SUS DESEOS ESPECÍFICOS CON:**

- (1) SU AGENTE Y AGENTES SUSTITUTIVOS
- (2) SU MÉDICO PRIMARIO
- (3) MIEMBROS DE SU FAMILIA IMPORTANTE PARA USTED Y
- (4) CUALQUIER OTRA PERSONA A QUIEN POSIBLEMENTE LLAMEN EN UNA EMERGENCIA MÉDICA.

**ES SUMAMENTE IMPORTANTE QUE GUARDE UN REGISTRO DE LAS PERSONAS QUE HAN RECIBIDO COPIAS – EN CASO QUE DESEE REVOCAR O CAMBIAR ESTA DIRECTIVA.**

## LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA DIRECTIVA ANTICIPADA DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

**PARA ASEGURARSE QUE HAYA COMPLETADO ESTO FORMULARIO ADECUADAMENTE, DEBE RESPONDER “SI” A CADA UNO DE LOS SIGUIENTES ARTÍCULOS:**

- 1. Soy residente de California y tengo por lo menos 18 años de edad, con pleno uso de mis facultades mentales y actúo por voluntad propia.
- 2. La persona que he elegido para que tome las decisiones sobre la atención de la salud en mi nombre (mi “Agente” o “Agente Sustitutivo”) tiene por lo menos 18 años de edad y, en el momento en que este Agente tome decisiones sobre la atención de la salud en mi nombre, no es ni será:
  - Proveedor médico supervisor o empleado de la institución médica donde me atiendo,
  - Operador de una institución comunitaria de atención médica o institución de cuidados residenciales donde me atiendo,
  - Empleado de una institución de atención de la salud, institución comunitaria de atención médica, o institución de cuidados residenciales para ancianos donde me atienden, a menos que este empleado sea pariente consanguíneo, que existan vínculos por matrimonio o adopción, o si también soy empleado de la misma institución médica, institución comunitaria de atención médica o institución de cuidados residenciales para ancianos, y
  - mi custodio conforme a la Ley Lanterman-Petris, a menos que se hayan satisfecho otros requisitos legales.
- 3. He hablado con las personas que elegí para que tomaran las decisiones de la atención de la salud en mi nombre, y estas personas están de acuerdo en hacerlo si acaso no cuento con la capacidad para tomar esas decisiones yo mismo.
- 4. Hemos hablado hasta qué grado se deben emplear medidas terapéuticas para mantenerme con vida (por ejemplo, el ventilador/respirador artificial, la diálisis, quimioterapia, cirugía, alimentación por tubo, resucitación cardiopulmonar artificial).
- 5. Las personas que elegí comprenden de qué manera actuaría yo si tuviera la capacidad de tomar mis propias decisiones.
- 6. He entregado una copia de este formulario completado a las personas que podrían necesitarlo en caso de una emergencia que requiera una decisión referente a la atención de mi salud, incluyendo a las personas elegidas en este formulario, familiares claves y médicos.
- 7. Este formulario ha sido notariado o han firmado los testigos de manera adecuada.
  - a. He obtenido la firma de dos testigos adultos que me conocen personalmente (o a quienes les he comprobado mi identidad).
  - b. Ninguno de los testigos es
    - un Agente a quien he nombrado para que tome decisiones sobre la atención de mi salud, en mi nombre,
    - uno de mis proveedores del cuidado de la salud o empleado de uno de los proveedores del cuidado de mi salud,
    - el operador o empleado de una institución comunitaria de atención médica ( a veces llamada “board and care home”), ni
    - el operador o empleado de una institución de cuidados residenciales para ancianos.
  - c. Al menos uno de los testigos no es mi pariente consanguíneo, ni hay vínculos por matrimonio o adopción y no ha sido nombrado en mi testamento. Además, en cuanto a lo que yo sé, no tiene derecho a ninguna parte de mi caudal hereditario cuando yo muera.
- 8. Entiendo que si quiero cambiar cualquier cosa en este documento, debo completar un formulario nuevo. También debo informar a todas las personas que recibieron una copia del formulario anterior que ya no es válido y debo pedirles las copias del formulario anterior para romperlas.
- 9. He firmado y escrito la fecha en este formulario.
- 10. Entiendo que se halla disponible un folleto informativo que explica este formulario y los principios católicos pertinentes más detalladamente.
- 11. Si estoy internado en una institución de enfermería especializada, he obtenido la firma de un representante del paciente o protector administrativo (“ombudsman”).
- 12. Si soy un custodio, conforme a la Ley de Lanterman-Petris, este formulario podría no ser aplicable y debo consultar a un abogado.
- 13. Mantengo un registro de las personas que han recibido copias de esta Directiva Anticipada de Atención de la Salud.