



Instrucciones antici- padas de WYOMING



Cheyenne Regional
Medical Center

It's About How You LIVE (Se trata de cómo VIVE)

It's About How You LIVE (Se trata de cómo VIVE) es una campaña de participación comunitaria que motiva a las personas a tomar decisiones informadas sobre los servicios y la atención médica al final de la vida. Esta campaña motiva a las personas a:

Learn (Aprender) sobre opciones para la atención y los servicios al final de la vida

Implement (Implementar) planes para asegurar que se respeten sus deseos

Voice (Expresar) las decisiones a la familia, los amigos y los proveedores de atención médica

Engage (Participar) en iniciativas personales o comunitarias para mejorar la atención al final de la vida

Nota: lo siguiente no es un sustituto de asesoría legal. Mientras los cambios en la ley fundamental pueden afectar la manera en que el formulario operará en caso de que usted pierda la capacidad para tomar decisiones por su cuenta. Si tiene alguna pregunta acerca de cómo el formulario ayudará a garantizar que se cumplan sus deseos o si sus deseos no parecen ajustarse al formulario, puede hablar con su proveedor de atención médica o un abogado con experiencia en elaborar instrucciones anticipadas.

Uso de estos materiales

ANTES DE COMENZAR

1. Revise para asegurarse de que tiene los materiales de cada estado en el que puede recibir atención médica.
2. Estos materiales incluyen:
 - Instrucciones para preparar sus instrucciones anticipadas, lea todas las instrucciones.
 - Sus formularios específicos de cada estado sobre instrucciones anticipadas, que son las páginas con la barra gris de instrucción del lado izquierdo.

MEDIDAS DE ACCIÓN

1. Quizás desee fotocopiar o imprimir un segundo juego de estos formularios antes de empezar, para tener una copia en limpio por si necesita comenzar de nuevo.
2. Cuando comience a llenar los formularios, consulte las barras grises de instrucciones, — estas le guiarán a lo largo del proceso.
3. Hable con su familia, amigos y médicos sobre sus instrucciones anticipadas. Asegúrese de que la persona que nombre para tomar decisiones en su nombre comprende sus deseos.
4. Una vez que el formulario esté completo y firmado, saque una fotocopia del formulario y entréguesela a la persona que ha nombrado para tomar decisiones en su nombre, su familia, amigos, proveedores de atención médica y/o líderes religiosos para que el formulario esté disponible en caso de una emergencia.
5. Quizás le convendría guardar una copia de su formulario en un servicio, programa o aplicación en línea de expedientes médicos personales que le permita compartir sus documentos médicos con sus médicos, familia y otras personas que usted desee que tomen parte activa en la planificación anticipada de su atención.

Introducción para sus Instrucciones anticipadas de atención médica de Wyoming

Este paquete contiene un documento legal, las Instrucciones anticipadas de atención médica de Wyoming, que protegen su derecho a rechazar un tratamiento médico que no desee o a solicitar un tratamiento que desee, en caso de que usted pierda la capacidad para tomar decisiones por su cuenta. Debe completar la Parte 1, la Parte 2, o ambas, dependiendo de las necesidades de planificación anticipada para tener instrucciones anticipadas de atención médica válidas. La Parte 3 y la Parte 4 son opcionales. Debe completar la Parte 5.

PARTE 1, el Poder notarial para atención médica de Wyoming, le permite nombrar a alguien, llamado su “agente”, para que tome decisiones sobre su atención médica—incluyendo decisiones de soporte vital—si usted ya no puede hablar por su cuenta o inmediatamente si especifica esto en su documento. El Poder notarial para atención médica es especialmente útil porque nombra a alguien para que hable en su nombre, en cualquier momento que no tenga la capacidad para tomar sus propias decisiones de atención médica, no solamente al final de la vida.

A menos que lo ponga en vigor inmediatamente, su Poder notarial para atención médica entra en vigor cuando su médico certifica por escrito que usted no tiene la capacidad para entender los beneficios, riesgos y alternativas importantes de la atención médica propuesta, ni de tomar ni comunicar sus decisiones de atención médica.

PARTE 2, las Instrucciones para atención médica de Wyoming, funcionan como el testamento en vida de su estado. Este permite que usted indique sus deseos sobre la atención médica en caso de que no tenga la capacidad para tomar sus propias decisiones de atención médica.

Sus Instrucciones para atención médica entran en vigor cuando su médico determine que usted no tiene la capacidad para tomar decisiones de atención médica.

PARTE 3, Donación de órganos al morir, es una sección opcional que autoriza la donación de sus órganos al momento de morir.

PARTE 4, Médico primario, es una sección opcional que le permite designar a su médico primario.

PARTE 5, Cumplimiento, contiene las disposiciones de firma y testigos para validar sus instrucciones anticipadas de atención médica.

Instrucciones para sus Instrucciones anticipadas de atención médica de Wyoming

¿CÓMO LEGALIZO MIS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS DE ATENCIÓN MÉDICA?

Usted debe firmar y escribir la fecha en sus instrucciones anticipadas o darle indicaciones a alguien para que lo haga en su nombre si no puede firmarlas por sí mismo. Un notario público o dos testigos deben atestiguar su firma. Si se atestigua, sus testigos no pueden ser:

- su proveedor de atención médica tratante o un empleado del proveedor;
- su agente, si nombra uno;
- el director de un centro de atención comunitaria o el empleado del director o centro;
o
- el director de un centro de atención residencial o el empleado del director o centro;
o

¿A QUIÉN DEBERÍA NOMBRAR COMO MI AGENTE?

Su agente es la persona que usted nombra para tomar decisiones sobre su atención médica si usted no puede tomar esas decisiones por su cuenta. Su agente puede ser un miembro de la familia o un amigo cercano en quien usted confía para tomar decisiones importantes. La persona que nombre como su agente debería comprender claramente sus deseos y estar dispuesta a aceptar la responsabilidad de tomar decisiones de atención médica en su nombre.

Usted puede nombrar a una segunda persona como su agente alternativo. El alternativo intervendrá si la primera persona que nombre como agente no puede, no está dispuesto o no está disponible para actuar en su representación.

Su agente no puede ser el propietario, director ni el empleado de un centro de atención comunitaria o residencial en el que usted recibe atención, a menos que esa persona esté relacionada con usted por consanguinidad, matrimonio o adopción.

¿DEBERÍA AGREGAR INSTRUCCIONES PERSONALES A MIS INSTRUCCIONES ANTICIPADAS?

¿Qué sucede si cambio de opinión?

Mientras tenga la capacidad para tomar sus propias decisiones, usted puede revocar todas o parte de sus instrucciones anticipadas de atención médica, excepto la designación de un agente en la Parte I, en cualquier momento y de cualquier forma que comunique una intención para revocar. Una revocación oral debería estar documentada en un documento escrito firmado y con fecha, lo más pronto posible después de la revocación.

Usted puede revocar la designación de su agente (en la Parte I) solo a través de un documento escrito firmado y con fecha mientras tenga la capacidad para tomar sus propias decisiones.

Una sentencia de anulación, divorcio, disolución de matrimonio o separación legal revoca la designación de su cónyuge como agente, a menos que usted especifique de otra manera en sus instrucciones anticipadas de atención médica.

Una instrucción anticipada de atención médica que entre en conflicto con una instrucción anterior revoca la instrucción anterior en el grado en que haya conflicto.

Instrucciones anticipadas de atención médica de Wyoming

Escriba en letra de molde su nombre

Yo, _____ (nombre en letra de molde), elaboro estas Instrucciones anticipadas de atención médica el ____ (escriba la fecha).

PARTE 1: PODER NOTARIAL PARA ATENCIÓN MÉDICA

Escriba en letra de molde el nombre, la dirección y los números de teléfono

(1) DESIGNACIÓN DE AGENTE: Designo a la siguiente persona como mi agente para tomar decisiones de atención médica en mi nombre:

(nombre de la persona que usted elija como agente)

(dirección, ciudad, estado, código postal)

(teléfono de la casa y teléfono del trabajo)

OPCIONAL: Si revoco la autoridad de mi agente o si mi agente no está dispuesto, no puede o no está razonablemente disponible para tomar decisiones en mi nombre, designo a mi primer agente alterno:

(nombre de la persona que usted elija como agente)

(dirección, ciudad, estado, código postal)

(teléfono de la casa y teléfono del trabajo)

Escriba en letra de molde el nombre, la dirección y los números de teléfono

OPCIONAL: Si revoco la autoridad de mi agente y de mi primer agente alterno o si ninguno está dispuesto, puede o está razonablemente disponible para tomar decisiones en mi nombre, designo a mi segundo agente alterno:

(nombre de la persona que usted elija como agente)

Escriba en letra de molde el nombre, la dirección y los números de teléfono de su segundo agente

Instrucciones anticipadas de atención médica de Wyoming

Agregue instrucciones personales solo si desea limitar la facultad de su agente

(2) AUTORIDAD DEL AGENTE: Mi agente está autorizado para tomar todas las decisiones de atención médica en mi nombre, incluyendo las decisiones para proporcionar, retener o retirar la alimentación e hidratación artificial y todas las otras formas de atención médica para mantenerme con vida, excepto como lo indique aquí:

(Agregue hojas adicionales si es necesario).

Escriba sus iniciales en la casilla solo si desea que la autoridad de su agente entre en vigor

(3) CUÁNDO ENTRA EN VIGOR LA AUTORIDAD DEL AGENTE: La autoridad de mi agente entra en vigor cuando mi médico primario o proveedor de atención médica que supervisor determine que no tengo la capacidad para tomar mis propias decisiones de atención médica a menos que escriba mis iniciales en la siguiente casilla. Si escribo mis iniciales en esta casilla [], la autoridad de mi agente para tomar decisiones de atención médica en mi nombre entra en vigor inmediatamente.

Tache y escriba sus iniciales en cualquier declaración en los párrafos 3 o 4 que no refleje

(4) OBLIGACIÓN DEL AGENTE: Mi agente tomará decisiones de atención médica en mi nombre de conformidad con este Poder notarial para atención médica, cualquier instrucción que dé en la Parte 2 de este formulario y mis otros deseos en la medida que mi agente los conozca. En la medida en que mis deseos no se conozcan, mi

Instrucciones anticipadas de atención médica de Wyoming

Escriba sus

(5) NOMBRAMIENTO DE TUTOR: Si un tribunal debe designarme un tutor para mis necesidades personales, *(escriba sus iniciales en uno de los siguientes)*:

[] Nombro al(los) agente(s) que mencioné en este formulario en el orden designado para que actúe como tutor.

[] Nombro a la siguiente persona para que sea tutor en el orden designado:

(nombre, dirección y teléfono de la persona designada como tutor)

(nombre, dirección y teléfono de la persona alterna designada como tutor)

(nombre, dirección y teléfono de la segunda persona alterna designada)

Instrucciones anticipadas de atención médica de Wyoming

Tache cualquier oración que no refleje sus deseos y escriba sus iniciales junto a ella

Escriba sus

Escriba sus iniciales en la casilla solo si desea alimentación e hidratación artificial independientemente

PARTE 2: INSTRUCCIONES PARA ATENCIÓN MÉDICA

(6) DECISIONES PARA EL FINAL DE LA VIDA: Doy instrucciones para que mis proveedores de atención médica y otras personas involucradas en mi atención médica proporcionen, retengan o retiren un tratamiento de acuerdo con la decisión en la que he escrito mis iniciales a continuación:

[] **(a) Elección de no prolongar la vida** - No deseo que se prolongue mi vida si:
(i) padezco una enfermedad incurable e irreversible que dará como resultado mi muerte dentro de un plazo relativamente corto,
(ii) estoy inconsciente y, con un grado razonable de certeza médica, no recuperaré el conocimiento, o
(iii) los riesgos y cargas probables del tratamiento superarían los beneficios esperados.

○

[] **(b) Elección de prolongar la vida** - Deseo que mi vida se prolongue el mayor tiempo posible dentro de los límites de los estándares de atención médica generalmente aceptados

(7) ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIAL: La alimentación e hidratación artificial se debe proporcionar, retener o retirar de acuerdo con la selección que he hecho en el párrafo (6) a menos que escriba mis iniciales en la siguiente casilla. Si escribo mis iniciales en esta casilla [], se debe proporcionar hidratación artificial independientemente de mi estado e independientemente de la selección que haya hecho en el párrafo (6).

Instrucciones anticipadas de atención médica de Wyoming

(8) ALIVIO DEL DOLOR: Excepto como lo indique en el siguiente espacio, doy instrucciones para que me proporcionen tratamiento para aliviar el dolor o malestar en todo momento:

(9) OTROS DESEOS: (Si no está de acuerdo con ninguna de las opciones mencionadas anteriormente y desea escribir sus propias opciones, o si desea agregar a las instrucciones que dio anteriormente, puede hacerlo aquí). Doy instrucciones para que:

Agregue otras instrucciones, si las hubiera, relacionadas con sus planes anticipados de atención

Estas instrucciones pueden abarcar también sus planes de atención médica como, por ejemplo, sus deseos respecto al tratamiento en un centro para enfermos terminales, pero también pueden abarcar otros problemas

Instrucciones anticipadas de atención médica de Wyoming

PARTE 3: DONACIÓN DE ÓRGANOS AL MORIR (OPCIONAL)

(10) EN EL MOMENTO DE MI MUERTE: *(Escriba sus iniciales en la casilla correspondiente):*

- (a) dono mi cuerpo; o
- (b) dono cualquier órgano, tejido o parte que se necesite; o
- (c) dono solamente los siguiente órganos, tejidos o partes:

(d) Mi donación es con el siguiente fin *(tache cualquiera de las siguientes que NO desee y escriba sus iniciales al lado):*

- (i) cualquier propósito autorizado por la ley;
- (ii) trasplante;
- (iii) terapia;
- (iv) investigación;

Si no desea donar órganos, no complete la Parte 3

De lo contrario, escriba sus iniciales en las declaraciones que reflejen su intención y tache cualquier declaración que no refleje su

Instrucciones anticipadas de atención médica de Wyoming

PARTE 4: MÉDICO PRIMARIO (OPCIONAL)

Si no desea nombrar un médico primario, no complete la Parte 4

De lo contrario, escriba en letra de molde el nombre, la dirección y número de teléfono de su médico primario y cualquier médico primario alternativo

(11) MÉDICO PRIMARIO: Designo al siguiente médico como mi médico primario:

(nombre, dirección y teléfono del médico primario)

Si el médico que he designado anteriormente no está dispuesto, no puede o no está razonablemente disponible para actuar como mi médico primario, designo a la siguiente persona como mi médico primario:

(nombre, dirección y teléfono del médico primario alternativo)

(12) EL EFECTO DE UNA COPIA: Una copia de este formulario tiene

Instrucciones anticipadas de atención médica de Wyoming

PARTE 5: CUMPLIMIENTO

Firme, escriba la fecha y escriba en letra de molde su nombre y

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

Dirección de residencia: _____

DECLARACIÓN DEL TESTIGO

Declaro bajo pena de perjurio en virtud de las leyes de Wyoming, que conozco personalmente a la persona que firmó o reconoció este documento y que es el poderdante, que el poderdante firmó o reconoció este documento en mi presencia, que el poderdante parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y bajo ninguna coacción, ningún fraude o influencia indebida, que no soy la persona nombrada como agente en este documento y que no soy un proveedor de atención médica tratante, un empleado del proveedor de atención médica tratante, el director de un centro de atención comunitaria, un empleado del director de un centro de atención comunitaria, el director de un centro de atención residencial o un empleado del director de un centro de atención residencial.

TESTIGOS

Pida a sus testigos que firmen y escriban la fecha en el documento y que escriban en letra de molde sus nombres

Testigo #1:

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

Dirección de residencia: _____

Testigo #2:

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____

Dirección de residencia: _____

o

0

FIRMA DEL NOTARIO PÚBLICO EN LUGAR DE LOS TESTIGOS

Pida que un Notario público llene esta

El Estado de Wyoming

Condado de _____

Suscrito, jurado y reconocido ante mi por _____

Ya completó sus instrucciones de atención médica, ¿ahora qué?

1. Sus *Instrucciones anticipadas de atención médica de Wyoming* son un documento legal importante. Guarde el documento original firmado en un lugar seguro pero accesible. No coloque el documento original en una caja fuerte ni en ningún otro tipo de caja de seguridad que impedirá que otras personas tengan acceso al mismo.
2. Entregue fotocopias del documento original firmado a su agente y agente alterno, médico(s), familia, amigos cercanos, clero y cualquier otra persona que podría estar involucrada en su atención médica. Si ingresa a un hogar de ancianos o un hospital, pida que se incluyan fotocopias de su documento en sus expedientes médicos.
3. Asegúrese de hablar con su(s) agente(s), médico(s), clero, familia y amigos sobre sus deseos referentes al tratamiento médico. Hable frecuentemente sobre sus deseos con ellos, especialmente si cambia su condición médica.
4. Quizás le convendría guardar una copia de su formulario en un servicio, programa o aplicación en línea de expedientes médicos personales que le permita compartir sus documentos médicos con sus médicos, familia y otras personas que usted desee que tomen parte activa en la planificación anticipada de su atención.
5. Si desea hacer cambios a sus documentos después de que hayan sido firmados y atestiguados, debe completar un nuevo documento.
6. Recuerde, usted siempre puede revocar su documento de Wyoming.
7. Tenga en cuenta que su documento de Wyoming no tendrá validez en caso de una emergencia médica. El personal de la ambulancia y del departamento de emergencia del hospital están obligados a proporcionar reanimación cardiopulmonar a menos que se les dé una instrucción separada que indique lo contrario. Estas instrucciones denominadas "instrucciones de atención médica prehospitalaria" u "órdenes de no resucitar" están diseñadas para las personas que, por su mal estado de salud, tienen pocas probabilidades de beneficiarse de la reanimación cardiopulmonar. Estas instrucciones indican al personal de ambulancia y de emergencias del hospital que no intenten la reanimación cardiopulmonar si su corazón o respiración se detiene.

Por ahora no todos los estados tienen leyes que autoricen estas órdenes. Le sugerimos que hable con su médico si está interesado en obtener una.



Cheyenne Regional Medical Center

214 East 23rd Street • Cheyenne, Wyoming 82001
(307) 634-2273 • cheyenneregional.org