



Daniel J. O'Connor Jr.
Registro del condado de Franklin

373 South High Street, 18th Floor, Columbus, Ohio 43215

<http://Recorder.FranklinCountyOhio.Gov>

**PAQUETE DE TESTAMENTO
VITAL DEL ESTADO DE OHIO**

Incluye lo siguiente:

Opciones: vivir bien al final de la vida

Declaración de testamento vital

Poder para la atención médica





Opciones

Vivir bien al final de la vida

Paquete de instrucciones anticipadas
Séptima edición

LeadingAge Ohio expresa su profundo aprecio y gratitud a la cooperación de la Ohio State Medical Association, la Ohio Hospital Association y la Ohio Osteopathic Association por sus gestiones en la elaboración y la distribución del presente paquete de instrucciones anticipadas: "Opciones, vivir bien al final de la vida". Le agradecemos también a la Ohio State Bar Association por proporcionar la terminología legal para los formularios de testamento vital y poder para la atención médica. En el paquete, se incluye información sobre las órdenes de hospicio y de no reanimación, un formulario de Inscripción en el Registro de Donantes y una copia del formulario de Testamento vital y de Poder para la atención médica de Ohio. Ambos documentos, el testamento vital y el poder para la atención médica, están elaborados conforme a los requisitos de las leyes sobre las instrucciones anticipadas de Ohio, según sus enmiendas en vigor desde marzo de 2014.



LeadingAge Ohio
2233 North Bank Drive
Columbus, Ohio 43220
www.LeadingAgeOhio.org



Ohio State Medical Association
3401 Mill Run Drive
Hilliard, Ohio 43026
www.osma.org

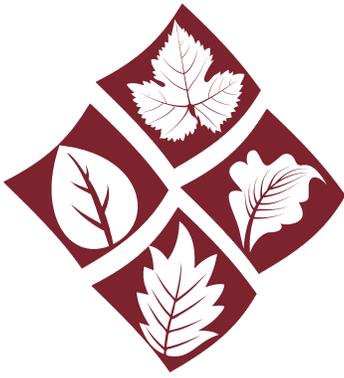


Ohio Hospital Association
155 East Broad Street
Columbus, Ohio 43215-3620
www.ohanet.org



OHIO
OSTEOPATHIC
ASSOCIATION

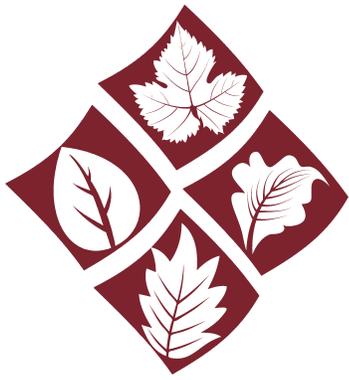
Ohio Osteopathic Association
53 West Third Avenue
PO Box 8130
Columbus, Ohio 43201-0130
www.ooanet.org



Índice

Introducción.....	2
Respuestas a sus preguntas	3
Poder para la atención médica de Ohio: lo que debe saber	5
Tutela de Ohio: definiciones y preguntas frecuentes.....	9
Leyes de no reanimación de Ohio	11
La opción del hospicio.....	14
Testamento vital de Ohio: lo que debe saber.....	16
Formulario de poder para la atención médica del estado de Ohio.....	23
Formulario de declaración de testamento vital de Ohio.....	37
Formulario del Registro de Donantes del estado de Ohio.....	47





Introducción

En la actualidad, los avances en la medicina y en la tecnología médica salvan muchas vidas que, hace solo 60 años, podrían haberse perdido. Lamentablemente, a veces es esta misma tecnología la que prolonga artificialmente la vida de personas que no tienen una esperanza razonable de recuperación.

La muerte es una realidad ineludible de la vida. Por medio de la información y los formularios de este paquete, el objetivo es brindarle la información que necesita para documentar sus futuras decisiones de atención médica y tomar el control de muchas opciones sobre su salud en el futuro.

Es importante comprender lo que las leyes de Ohio permiten o no con respecto a la expresión de sus anhelos, metas y deseos mediante el uso de herramientas como las instrucciones anticipadas de Ohio. El objetivo de este paquete es informarle sobre el testamento vital de Ohio, el poder para la atención médica, las donaciones de órganos y tejidos y las leyes de no reanimación.

En 1991, Ohio reconoció su derecho a tener un testamento vital. La otra instrucción anticipada reconocida de Ohio en ese momento era el poder para la atención médica. En 1998, Ohio reconoció otra herramienta para ayudarlos a usted y a su médico con la planificación eficaz de la atención médica. Esta herramienta se denomina “orden de no reanimación” (DNR).

El testamento vital le permite decidir y documentar, de antemano, el tipo de atención que le gustaría recibir si quedara inconsciente de forma permanente o sufriera una enfermedad terminal y no pudiera comunicarse. El poder para la atención médica le permite elegir a un tercero para que tome decisiones por usted.

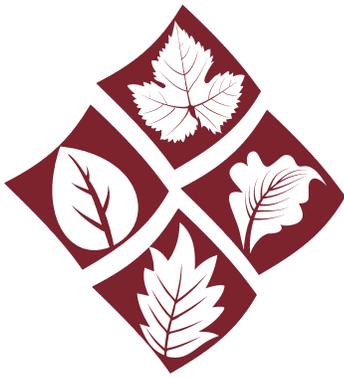
Una persona que no desee que se le aplique la reanimación cardiopulmonar (RCP) puede comunicar su decisión a través de una orden para el médico llamada “orden de DNR”. Mediante esta orden, se abordan los diversos métodos utilizados para revivir a una persona cuando su corazón se haya detenido (paro cardíaco) o cuando haya dejado de respirar (paro respiratorio). Esta orden para el médico les permite a los trabajadores médicos de emergencia y los proveedores de atención médica respetar los deseos personales en cuanto a la reanimación dentro o fuera de un hospital, en un hogar de convalecencia, en su domicilio o en otros entornos.

Por otro lado, si así lo elige, puede llenar el formulario de Testamento vital o de Poder para la atención médica sin la ayuda de un abogado. Sin embargo, dado que estos son documentos legales importantes, se aconseja que consulte con un abogado para obtener asesoramiento.

Además de los formularios de Testamento vital y de Poder para la atención médica, en este paquete, encontrará una copia del formulario de Inscripción en el Registro de Donantes. También, se incluye información sobre los cuidados de hospicio y las cuestiones del final de la vida y las opciones para ese momento. En la última página, se ofrece una tarjeta útil para colocar en su billetera, que contiene información importante para su proveedor de atención médica.

Los elementos involucrados en la redacción o la determinación de los deseos personales sobre las instrucciones anticipadas son esenciales. Después de revisar el contenido de este paquete, es posible que tenga más preguntas o inquietudes específicas de su situación particular. En tal caso, sería importante que hable de sus decisiones con su familia, los miembros de su comunidad religiosa, su médico o su abogado.





Respuestas a sus preguntas

“Testamento vital y poder para la atención médica”

P: ¿Quién debe completar un testamento vital o un poder para la atención médica?

R: Una enfermedad o lesión grave puede contraerse en cualquier etapa de la vida, por lo que resulta importante que las personas mayores de dieciocho años consideren la posibilidad de llenar estos documentos. Conforme a un testamento vital o un poder para la atención médica, se garantiza que se cumplan sus deseos con respecto al tratamiento de soporte vital, independientemente de su edad.

P: ¿Puedo indicar que deseo donar mis órganos después de morir mediante un testamento vital o un poder para la atención médica?

R: En este folleto, se encuentran instrucciones y un formulario normalizado para registrar sus deseos respecto de la donación de órganos y tejidos en la Oficina de Vehículos Motorizados. Este es el modo más adecuado de documentar sus deseos si quiere ser donante. Este formulario debe presentarse ante la Oficina de Vehículos Motorizados.

P: Si declaro en el testamento vital que no quiero que me conecten a un equipo de soporte vital, ¿seguiré recibiendo medicamentos para el dolor?

R: Sí. Por medio de un testamento vital, únicamente se ve afectada la atención que pospone la muerte de manera artificial o tecnológica. No incide sobre la atención para aliviar el dolor. Llegado el caso, continuaría recibiendo analgésicos y otros tratamientos necesarios a los fines de su bienestar. Lo mismo ocurre con un poder para la atención médica. La persona a quien nombre para tomar sus decisiones de atención médica no puede rechazar los tratamientos que alivien el dolor.

P: ¿Cuál es mejor: el testamento vital o el poder para la atención médica?

R: Es buena idea completar ambos documentos porque cada uno aborda diferentes aspectos de su atención médica. Un testamento vital se aplica únicamente cuando tiene una enfermedad terminal y no puede comunicar sus deseos de atención médica o queda inconsciente de forma permanente. En ambos casos, si ha indicado que no desea que se prolongue su vida de manera artificial y dos médicos determinan que no existe esperanza razonable de recuperación, se respetarán sus deseos.

Un poder para la atención médica entra en vigencia incluso si usted solo está temporalmente inconsciente y es necesario tomar decisiones médicas. Por ejemplo, si quedara temporalmente inconsciente a causa de un accidente o una cirugía, la persona a quien nombre en dicho poder podría tomar decisiones médicas en su nombre.

Si dispone de ambos documentos, presenta una enfermedad terminal y no puede comunicarse o queda inconsciente de forma permanente, se seguiría el testamento vital, ya que sirve para conocer sus deseos en estas situaciones.

P: ¿Puedo redactar un testamento vital o un poder para la atención médica en el que se consigne que, si me enfermo gravemente, quiero que se haga todo lo posible para mantenerme con vida?

R: Sí, pero debería hablar con un abogado sobre la redacción de un documento en el que se expresen esos deseos en lugar de utilizar los formularios normalizados de este paquete. Asimismo, debe informarle de sus deseos a su médico personal.



P: Si nombro a alguien en el poder para la atención médica a fin de que tome decisiones por mí, ¿qué facultades tiene?

R: La persona a quien nombre como apoderada tiene la facultad de tomar decisiones sobre aspectos de su atención médica si usted no puede expresar sus deseos. Por este motivo, debe comunicarle a la persona a quien nombre sus preferencias respecto del tratamiento de soporte vital, de la colocación de sondas para alimentación o líquidos y de otros temas pertinentes.

Además, es importante recordar que un documento de poder para la atención médica no es lo mismo que un documento de poder financiero, que puede servirle para otorgarle facultades a un tercero en torno a sus asuntos financieros o comerciales.

P: Si mi afección no tiene remedio, ¿puedo especificar que quiero que me quiten las sondas para alimentación y líquidos?

R: Se necesitan instrucciones especiales a fin de permitir la extracción de las sondas para alimentación o líquidos si queda inconsciente de forma permanente y si las sondas para alimentación y líquidos no son necesarias para su bienestar. Si quiere asegurarse de que se extraigan las sondas en caso de que quede inconsciente de forma permanente, debe colocar sus iniciales en el espacio provisto en el formulario de Testamento vital o de Poder para la atención médica. En caso contrario, si no quiere que se le extraigan las sondas al quedar inconsciente de forma permanente, no coloque las iniciales en los formularios.

P: Si quiero completar un poder para la atención médica, ¿tengo que nominar también a un Tutor de mi persona y mi patrimonio?

R: En 2014, se amplió el poder para la atención médica de Ohio a fin de permitirle nominar a un Tutor para su persona y otro para su patrimonio. En Ohio, la tutela generalmente se obtiene en el momento en que una persona se vuelve incompetente, como es el caso de pacientes con demencia avanzada, y ningún miembro de la familia o ser querido desea asumir la responsabilidad de defender los

intereses de esa persona. En algunos casos, también se puede obtener la tutela si existe un conflicto entre los miembros responsables de la familia. Al nominar a un Tutor en el poder para la atención médica, usted comunicaría sus preferencias al Tribunal de Sucesiones para que las considere, en caso de que alguna vez comience un proceso de tutela. Sin embargo, no es necesario que complete esta sección si no lo desea. Si prefiere no nominar a un Tutor, simplemente trace una “X” grande en esta sección del formulario.

P: ¿Tengo que utilizar los formularios normalizados para un testamento vital o un poder para la atención médica, o puedo redactar mis propios documentos?

R: Los formularios adjuntos fueron redactados de forma conjunta por la Ohio State Bar Association, la Ohio State Medical Association, la Ohio Hospital Association, la Ohio Osteopathic Association y Midwest Care Alliance. Estos documentos cumplen con los requisitos de la ley de Ohio, pero no es obligatorio utilizarlos. Se aconseja que consulte con un abogado para que lo ayude a redactar un documento, o bien, puede redactar el suyo propio. En cualquier caso, los documentos deben cumplir con la terminología específica expuesta en el Código Revisado de Ohio.

P: ¿Puedo usar las instrucciones anticipadas o las órdenes de DNR de otros estados para tomar decisiones de atención médica en Ohio?

R: Los formularios de instrucciones anticipadas y de decisiones de atención médica varían de un estado a otro. Por ejemplo, algunos estados pueden reconocer los formularios de Five Wishes (www.fivewishes.org) o de órdenes del médico para el tratamiento de soporte vital (POLST, www.polst.org). De conformidad con la ley de Ohio, los proveedores de atención médica deben intentar respetar las instrucciones anticipadas que se les presenten. Sin embargo, se recomienda enfáticamente que, si usted habitualmente pasa tiempo en Ohio, complete las instrucciones anticipadas de ese estado según la ley de Ohio.





Poder para la atención médica de Ohio

Lo que debe saber sobre un poder para la atención médica:

Un **poder para la atención médica** es un documento que le permite nombrar a una persona para que actúe en su nombre y tome decisiones de atención médica en caso de que usted no pueda tomarlas por sí mismo. **Esta persona se convierte en su apoderada.**

Este poder también le permite nominar a un Tutor para su persona y otro para su patrimonio. La nominación no garantiza que se designará a esta persona como Tutora. En cambio, se brinda una oportunidad para que las personas expresen sus preferencias de tutela, que puede tenerse en cuenta en caso de que el asunto se lleve a un Tribunal de Sucesiones.

Si dispone de un **poder para la atención médica** y un **testamento vital**, los trabajadores de atención médica deben cumplir los deseos que usted declare en su **testamento vital** una vez que **este** entre en vigor. En otras palabras, el **testamento vital** tiene prioridad sobre su **poder para la atención médica**.

Puede cambiar de opinión y revocar el **poder para la atención médica** en cualquier momento. Para hacerlo, simplemente debe comunicarles a su Apoderado, su médico y su familia que ha cambiado de opinión y que desea revocar el **poder para la atención médica**. En este caso, es una buena idea pedirle una copia del documento a cualquier persona a quien se la haya dado.

Un poder para la atención médica es distinto de un poder financiero que usa para otorgarle facultades a un tercero respecto de sus asuntos financieros.

La persona a quien usted designe como **apoderada**, al completar el formulario de **Poder para la atención médica**, tiene la potestad de autorizar y rechazar los tratamientos médicos para usted. **Esta autoridad se reconoce en todas las situaciones médicas en las que usted no pueda expresar sus propios deseos**. A diferencia de un **testamento vital**, no se limita a las situaciones en las que presente una enfermedad terminal o haya quedado inconsciente de forma permanente. Por ejemplo, su médico o el hospital pueden consultar con su Apoderado si usted resulta lesionado tras un accidente automovilístico y queda temporalmente inconsciente. Además, puede optar por permitir que la información de atención médica protegida se comparta con su Apoderado inmediatamente, colocando sus iniciales en la casilla correspondiente del documento.



Existen **cinco limitaciones** en las facultades de su Apoderado:

1. **Un Apoderado tiene facultades limitadas para ordenar que se le retire el tratamiento de soporte vital.** Su Apoderado puede ordenar que se rechace o retire el tratamiento de soporte vital únicamente si usted presenta una afección terminal o si se encuentra en un estado permanente de inconsciencia. Incluso en este caso, el médico de cabecera y, si corresponde, el especialista, deben confirmar este diagnóstico y su(s) médico(s) de cabecera deben determinar que usted no tiene ninguna posibilidad razonable de recuperar la capacidad para tomar decisiones.
2. **Su Apoderado no tiene la facultad de ordenar que se le retiren los cuidados paliativos.** Los cuidados paliativos son cualquier tipo de atención médica o de enfermería que le proporcionaría bienestar o alivio del dolor.
3. **Si está embarazada, su Apoderado no puede ordenar que se le retiren los tratamientos de soporte vital, a menos que se cumplan determinadas condiciones.** No se puede retirar el tratamiento de soporte vital si, al hacerlo, se interrumpiese el embarazo, a menos que exista un riesgo considerable para su vida o que dos médicos determinen que el feto no nacería vivo.
4. **Su Apoderado puede ordenar que se le retire la alimentación y la hidratación únicamente si usted se encuentra en un estado terminal o de inconsciencia permanente, y si dos médicos están de acuerdo en que la alimentación y la hidratación ya no brindarían bienestar ni aliviarían el dolor.** Si desea otorgarle a su Apoderado la facultad de que se le retiren la alimentación y la hidratación si quedara inconsciente de forma permanente, debe indicarlo en la sección correspondiente del formulario de **Poder para la atención médica**. Si también tiene un **testamento vital**, este debe ser coherente con su **poder para la atención médica** respecto de retirarle la alimentación y la hidratación. Dicho de otro modo, si indica en el **poder para la atención médica** que permite que su Apoderado ordene el retiro de la alimentación y la hidratación, entonces también debe indicar en su testamento vital que permite que su médico le retire la alimentación y la hidratación.
5. **Si anteriormente ha dado su consentimiento para el tratamiento (antes de no poder comunicarse), su Apoderado no puede retirar su consentimiento, a menos que se cumplan ciertas condiciones.** Su estado físico debe haber cambiado o el tratamiento que aprobó ya no resulta beneficioso o ha demostrado ser inefectivo.



Cómo completar el formulario de Poder para la atención médica:

Use este formulario para designar a un tercero para que tome decisiones de atención médica en su nombre en caso de que no pueda tomarlas por usted mismo.

NOTA: Conforme a la ley, se exige que la sección titulada AVISO PARA EL ADULTO QUE FORMALIZA EL PRESENTE DOCUMENTO forme parte del documento y que siempre se encuentre en este y en todas las copias distribuidas.

1. Lea toda la información detenidamente. Puede consultar las definiciones incluidas en las páginas uno y dos del formulario de Poder para la atención médica del estado de Ohio de doce páginas, que se encuentra en este folleto, para obtener más aclaraciones.
2. En los dos primeros renglones del formulario, escriba su nombre completo y fecha de nacimiento.
3. Debajo de “Nombramiento de mi Representante”, escriba el nombre de la persona a quien designa como Apoderada, el domicilio actual y el número de teléfono del Representante. Inmediatamente después, puede colocar sus iniciales en la casilla si desea que su Representante tenga acceso inmediato a su información de atención médica protegida (PHI). Si elige no colocar sus iniciales en esta casilla, su Representante solo tendrá acceso a su información de atención médica protegida en caso de que usted esté incapacitado y el poder para la atención médica entre en vigor.
4. A mitad de la tercera página, puede nombrar Representantes suplentes en los espacios indicados. Si elige no nombrar Representantes suplentes, debe tachar los renglones que no use. No puede nombrar como Apoderado a su médico de cabecera ni al administrador de ningún hogar de convalecencia donde reciba atención.
5. En la página cinco del formulario de Poder para la atención médica, escrito en negrita debajo de **Instrucciones especiales**, se encuentra la declaración que le dará permiso a su médico para retirarle los alimentos y el agua en caso de que usted esté inconsciente de forma permanente. Si desea darle a su médico el permiso para que se le retiren los alimentos y el agua en esta situación, debe colocar sus iniciales en la casilla indicada.
6. En la parte inferior de la página cinco, el formulario proporciona una sección en la que puede escribir más instrucciones e imponer otras limitaciones que considere que deban documentarse. Puede adjuntar más páginas si es necesario. Debe incluir todas las páginas adjuntas con las copias que realice y debe anotar las páginas adjuntas en el formulario en el área relacionada.
7. En la página seis, hay una explicación sobre la nominación de la tutela. Si desea nominar a la misma persona a quien nombró como Representante para que también actúe como Tutora de su persona, coloque sus iniciales en la casilla indicada y tache los renglones que no utilice. Si desea nominar a una persona distinta para que actúe como Tutora de su persona, escriba el nombre, el domicilio y el vínculo con usted en el renglón indicado.



8. En la página siete, puede nominar a una persona que actúe como Tutora de su patrimonio. Si desea nominar a la misma persona a quien nombró como Representante para que también se desempeñe como su Tutora del patrimonio, coloque sus iniciales en la casilla indicada y tache los renglones que no utilice. Si desea nominar a una persona distinta para que actúe como Tutora de su patrimonio, escriba el nombre, el domicilio y el vínculo con usted en el renglón indicado. A continuación, indique si prefiere que la persona nominada para desempeñarse como Tutora de su patrimonio esté sujeta a fianza o si prefiere que esté eximida de cualquier fianza colocando sus iniciales en la casilla correspondiente.
9. Después de la nominación de los Tutores, hay una sección en la que debe indicar si tiene un **testamento vital**.
10. En la página ocho, hay espacios para fechar y firmar el formulario. Recuerde que el **poder para la atención médica** no se considera válido ni efectivo a menos que realice una de las siguientes acciones:

Primera opción (página 9): feche y firme el **poder para la atención médica** en presencia de dos testigos, quienes también deben firmar e incluir sus domicilios e indicar la fecha de sus firmas.

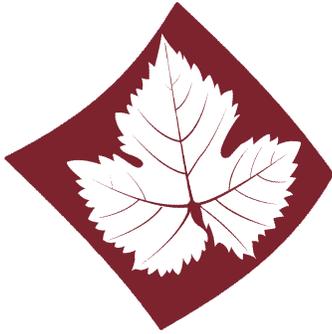
O

Segunda opción (página 9): feche y firme el **poder para la atención médica** en presencia de un notario público y haga que dicho **poder** sea notariado en el espacio correspondiente provisto en el formulario.

Las siguientes personas no pueden desempeñarse como testigos de su **poder para la atención médica**:

- *Representante principal.*
- *Tutor de su persona o patrimonio.*
- *Representante o Tutor suplente o sucesor.*
- *Cualquier tercero con quien tenga un lazo matrimonial, adoptivo o de consanguinidad (su cónyuge o sus hijos).*
- *Su médico de cabecera.*
- *El administrador del hogar de convalecencia donde recibe atención.*





Tutela de Ohio

DEFINICIONES

Representado: (también denominado “Declarante”) es el adulto competente que completa una instrucción anticipada, como un poder de representación, un poder para la atención médica, un testamento vital u otro documento.

Representante: (también conocido como “Apoderado”) es la persona a quien nombra el Representado en la instrucción anticipada.

Tutor: es la persona que nombra el Tribunal de Sucesiones para que actúe en nombre del Tutor superior, que es el Tribunal. Se desempeña según las directivas del Tribunal de Sucesiones y responde ante él.

LA DIFERENCIA ENTRE NOMBRAR Y NOMINAR

Hay muchas diferencias entre que un Representado **nombre** a un Representante para que actúe en su nombre si es necesario y que un Representado **nomine** a una persona para que sea su Tutora.

El **nombramiento** de un Representante a través de una instrucción anticipada, como un poder de representación, un poder para la atención médica o un testamento vital, es realizado por un Representado que sea un ADULTO COMPETENTE. Este nombramiento se completa antes de que surja la necesidad de que el Representante actúe y se realiza únicamente a discreción y voluntad del Representado. El Representante generalmente asume la toma de decisiones cuando el Representado ya no es capaz de decidir por sí mismo.

La **nominación** de un tercero para que sea Tutor de la persona, del patrimonio o de ambos también es realizada por un Representado que sea un adulto competente. Esto se realiza mediante una instrucción anticipada antes de que surja la necesidad de un Tutor. Sin embargo, nominar a una persona para que sea Tutora (en caso de que sea necesario) no significa que la persona nominada se convierta en Tutora automáticamente.

El **nombramiento** real de un Tutor de la persona, del patrimonio o de ambos lo hace únicamente un Tribunal de Sucesiones de Ohio después de que el Representado se vuelva incompetente. **Nominar** a una persona para que sea Tutora en una instrucción anticipada es el medio por el cual el Representado le comunica al Tribunal de Sucesiones a quién desea que designe como Tutor. Nominar a una persona para que sea Tutora no garantiza que el Tribunal nombrará a esa persona. Existen diversos factores que el Tribunal debe examinar al tomar su decisión y el nombramiento del Tutor depende plenamente del Tribunal.

Para iniciar el proceso de búsqueda de una tutela, la persona nominada primero debe presentar una solicitud por escrito al Tribunal para convertirse en Tutora. El Tribunal tomará tres (3) decisiones en función de los siguientes interrogantes:

1. ¿El Representado es legalmente incompetente?
2. ¿Es necesario que se establezca una tutela en lugar de cualquier otro documento escrito, como un poder para la atención médica?
3. ¿El solicitante es una persona adecuada y competente a quien el Tribunal deseaba nombrar como Tutor?



PREGUNTAS FRECUENTES

P: ¿Cuál es la diferencia entre un Representante y un Tutor?

R: Un Representante es nombrado por el Representado competente y no está bajo la supervisión de ningún otro tercero ni organismo una vez que el Representado sea incapaz de tomar decisiones. El Tribunal de Sucesiones nombra a un Tutor después de determinar que el Representado es incompetente y lo supervisa, ya que el Tribunal es el Tutor superior.

P: Siempre he escuchado que, si nombro a alguien para que sea mi Representante, nunca será necesario que se establezca una tutela a través del Tribunal.

R: Uno de los motivos para nombrar a un Representante en una instrucción anticipada es el deseo de evitar la tutela. Sin embargo, pueden surgir varios motivos por los cuales deba haber una tutela. Por ejemplo: el Representado se vuelve incompetente, lo que impide nombrar a otra persona que no sea la persona que actúe como Representante; o un amigo del Representado descubre que el Representante se está aprovechando de su amigo. La única forma de conseguir que otra persona actúe en nombre del Representado incompetente es solicitar la tutela mediante el Tribunal para que este pueda supervisarla.

P: ¿Existen diferentes tipos de tutela?

R: Según las necesidades del Representado, es posible que se requiera nombrar a un Tutor de la persona, del patrimonio o de ambos. Un Tutor de la persona toma las decisiones sobre temas tales como dónde vivir, la atención médica, el final de la vida, entre otros. Un Tutor del patrimonio toma decisiones sobre cómo gastar el dinero del Representado conforme a las directivas del Tribunal. Si no tiene certeza de qué tipo de tutela es necesaria, se recomienda obtener asesoramiento legal.

P: ¿Qué ocurre si se nombra a diferentes personas para que sean Tutoras en diferentes documentos?

R: El Representado puede optar por nominar a diferentes personas para que sean Tutora del patrimonio y Tutora de la persona. La preferencia del Tribunal es nombrar a una sola persona para que actúe como Tutora de ambos, pero puede haber motivos razonables para que personas diferentes ocupen las diferentes funciones. Por otro lado, si la nominación de un Tutor es involuntaria y se nominó a dos personas para la misma función, ambas deberán presentar una solicitud ante el Tribunal para que este elija a una de las dos. El Tribunal también puede elegir un tercer solicitante, que ni siquiera haya sido nombrado por el Representado. Depende únicamente del criterio exclusivo del Tribunal. Por eso, es fundamental asegurarse de que todas sus instrucciones anticipadas, como un poder de representación general duradero, un poder para la atención médica, un testamento vital y cualquier otro documento escrito que nombre a alguien para que se desempeñe en el futuro, estén coordinadas y se realicen con una planificación completa. Debido a la necesidad crítica de coordinar las nominaciones de los Representantes y los Tutores, es aconsejable trabajar con un abogado para lograr esta coherencia.

P: ¿Qué ocurre si el Tribunal nombra a un Tutor distinto del que seleccionó el Representado para que sea Representante a través de una de las instrucciones anticipadas por escrito?

R: Durante el proceso de nombramiento de un Tutor por parte del Tribunal, todos los documentos de instrucciones anticipadas por escrito deben entregarse a esta institución para que los examine. Al momento de la audiencia, el Tribunal determinará cuáles son las potestades del Tutor y, si corresponde, qué decisiones le corresponderán al Representante. Si alguna vez existiese algún desacuerdo entre el Tutor y el Representante, el Tribunal, como Tutor superior, determinará qué decisión se tomará. Si existe un conflicto en cualquier momento durante el proceso de solicitud, es recomendable obtener asesoramiento legal.

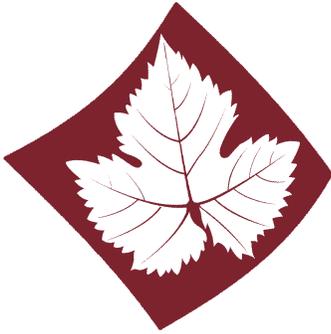
P: ¿Qué ocurre si nombro a un Representante o nomino a una persona que deseo que sea mi Tutora, y luego cambio de opinión?

R: El Representado puede cambiar de opinión sobre el nombramiento del Representante o Tutor en cualquier momento, siempre que el adulto sea competente. El Representado puede revocar cualquier documento y renombrar/renominar a diferentes personas, con la condición de que el Representado sea competente. Una vez que dicho Representado se vuelve incapaz de tomar decisiones sobre su persona o patrimonio, no puede modificar ninguna instrucción anticipada.

P: ¿Se requieren mínimos o máximos para la tutela del patrimonio?

R: Este es un tema complejo que debe analizarse con un asesor legal.





Ley de **No Reanimación** de Ohio

Lo que debe saber sobre las leyes de no reanimación (DNR) de Ohio

La Ley de No Reanimación (DNR) de Ohio brinda a las personas la oportunidad de ejercer su derecho a limitar la atención que reciben ante las situaciones de emergencia de circunstancias especiales. Las “circunstancias especiales” incluyen la atención que se recibe del personal de emergencia cuando se llama al 911. En virtud de la ley, se autoriza que un médico, un enfermero certificado de práctica avanzada o un auxiliar médico (proveedor de atención médica autorizado) escriba una orden para informarle al personal de atención médica que un paciente no desea que se le aplique la reanimación en caso de un paro cardíaco (sin pulso palpable) o un paro respiratorio (sin respiraciones espontáneas o con la presencia de dificultad para respirar).

La siguiente información se incluye como un breve resumen de algunas de las preguntas, cuestiones e inquietudes más comunes, que guardan relación con la Ley de No Reanimación de Ohio. No se pretende proporcionar toda la información necesaria para tomar la decisión de redactar una orden de no reanimación. Una persona puede elaborar dicha orden después de consultar con su proveedor de atención médica autorizado las cuestiones relacionadas con el final de la vida.

La orden de DNR debe respetarse en varios entornos, lo que incluye, entre otros: los centros de enfermería, los centros de atención residencial, los hospitales, las áreas para pacientes externos, el hogar y los lugares públicos. Para que la orden sea útil en diversos entornos, debe ser reconocible por los trabajadores de atención médica. El Departamento de Salud de Ohio ha desarrollado un formulario de Orden de DNR normalizado, que es el único formulario autorizado por el estado totalmente transportable y reconocido en todo Ohio. Puede optar por tener el formulario en un lugar visible de su residencia para que el personal de atención médica lo vea fácilmente, como también llevarlo con usted cuando esté fuera de casa. Se pueden utilizar otras identificaciones de DNR (como un collar, un brazalete o una tarjeta de identificación de billetera), pero deben incluir el logotipo de la orden de DNR de Ohio y la información de identificación de la persona para que sean válidas.

A diferencia de un testamento vital y un poder para la atención médica, que se pueden formalizar sin la participación de un profesional de la salud, una orden de DNR debe estar escrita y firmada por un médico, un enfermero certificado de práctica avanzada o un auxiliar médico después de consultarlo con el paciente.

Una orden de DNR del documento que tenga la aprobación del estado está legalmente sancionada e implementada de acuerdo con la Ley de Ohio. La orden de DNR se implementa en diferentes puntos según los deseos del paciente y debe cumplir con las normas médicas razonables. La atención que alivie el dolor y el sufrimiento siempre se implementará, independientemente de una orden de DNR. Se proporcionará otra atención relacionada según el orden específico que indique su médico. Debe consultar con su médico sobre el tipo correcto de orden de DNR al considerar sus necesidades médicas específicas.



Orden de DNR y atención con RCP: datos pertinentes

Ohio adoptó por primera vez una ley sobre las órdenes de DNR en 1998. DNR es la sigla en inglés para “no reanimación”. Una persona que no desee que se le aplique la reanimación cardiopulmonar (RCP) puede dar a conocer este deseo mediante una orden de DNR emitida por su proveedor de atención médica autorizado. Una orden de DNR permite al personal de emergencia saber si una persona no desea recibir RCP en caso de que deje de respirar o su corazón deje de latir.

Si el personal de emergencia se encuentra con una persona con una orden de cuidados paliativos de DNR, el personal de emergencia le proporcionará estas medidas de bienestar:

- Realizará una evaluación inicial.
- Brindará la atención médica básica.
- Despejará las vías respiratorias en caso de obstrucción o succionará las vías respiratorias.
- Si es necesario para su bienestar, puede administrar oxígeno, presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP) o presión positiva de dos niveles en las vías respiratorias (BiPAP).
- Puede obtener un acceso intravenoso (IV) para hidratación o para administrar analgésicos a fin de aliviar el malestar, pero no prolongar la muerte.
- Si es posible, puede ponerse en contacto con otros proveedores de atención médica apropiados (de hospicio, de atención médica a domicilio, médicos, enfermeros certificados de práctica avanzada [APRN] o auxiliares médicos [PA]).

El personal de emergencia no hará lo siguiente:

- Realizar RCP
- Administrar medicamentos de reanimación con la intención de reactivar el corazón o la respiración
- Insertar un complemento de las vías respiratorias
- Aplicar la desfibrilación o la cardioversión, o iniciar la estimulación
- Iniciar la monitorización cardíaca continua

La RCP puede salvar vidas, pero es posible que algunas personas no deseen que se la administren en ciertos casos.

En algunos casos, la RCP salva vidas. En muchos otros casos, no es eficaz. Muchas personas sobreestiman los resultados satisfactorios de la RCP. Una persona que revive puede quedar con una lesión permanente o dolorosa. La reanimación también puede incluir otros tratamientos, como medicamentos, sondas y descargas eléctricas. Es posible que las personas con enfermedades terminales u otras afecciones médicas graves prefieran centrarse en los cuidados paliativos al final de la vida en lugar de recibir RCP cuando llegue el momento. Para obtener más información sobre las ventajas y las desventajas de la RCP y saber si es adecuada para usted, consulte a su médico.

Es fácil dar a conocer sus deseos sobre la RCP.

Si desea recibir RCP cuando corresponda, no necesita hacer nada. Los proveedores de atención médica deben realizar RCP cuando sea necesario. Si no desea la RCP, debe plantearle sus deseos a su médico y solicitarle que emita una orden de DNR. Si su médico está de acuerdo en que no reciba la RCP, llenará el formulario exigido para dar a conocer sus deseos en caso de una emergencia.



Existen diferentes órdenes de DNR que puede elegir y de las cuales puede hablar con su proveedor de atención médica autorizado.

De conformidad con la Ley de DNR de Ohio, el Departamento de Salud de Ohio ha establecido un formulario de Orden de DNR normalizado. Cuando un proveedor de atención médica autorizado (médico, enfermero certificado de práctica avanzada o auxiliar médico) completa estas órdenes de DNR normalizadas, permite que los pacientes elijan el alcance del tratamiento que desean recibir o no al final de la vida. Su proveedor de atención médica autorizado puede explicarle las diferencias entre los tipos de órdenes de DNR.

Incluso si está sano ahora, se aconseja que indique que no desea recibir RCP si alguna vez presenta alguna enfermedad terminal.

Ohio tiene un formulario de Declaración de testamento vital normalizado. En virtud de este formulario, se le permite específicamente que le ordene a los proveedores de atención médica que no administren tratamientos de soporte vital, incluida la RCP, y que emita una orden de DNR si dos médicos están de acuerdo en que usted presenta una enfermedad terminal o que quedó inconsciente de forma permanente.

La orden de cuidados paliativos de DNR NO significa “sin tratamiento”.

El protocolo de cuidados paliativos de DNR es muy específico respecto del tipo de tratamiento que se debe administrar y que se debe suspender. Solo se retendrán las partes que figuren en la lista de “No”. Las partes consignadas en la lista “Sí”, junto con cualquier otro tratamiento que pueda ser necesario para la afección del paciente, pueden proporcionarse según corresponda.

Las órdenes de DNR pueden revocarse.

Siempre tiene derecho a cambiar de opinión y solicitar la RCP. Si cambia de opinión, debe hablar con su proveedor de atención médica autorizado de inmediato sobre la revocación de la orden de DNR. También debe informarles a su familia y a sus cuidadores sobre su decisión y desechar cualquier tipo de identificación de DNR que pudiera tener.

Si usted tiene una orden o identificación de DNR, su familia no puede exigir que se le proporcione RCP.

Tiene derecho a tomar sus propias decisiones sobre su atención médica. Debe asegurarse de que su familia conozca sus deseos sobre la RCP. En determinadas situaciones médicas, su médico y su Representante pueden tomar decisiones sobre su atención en función de información médica nueva. Esto podría incluir decisiones relativas a la RCP. Asegúrese de que estas personas conozcan sus deseos sobre la RCP.

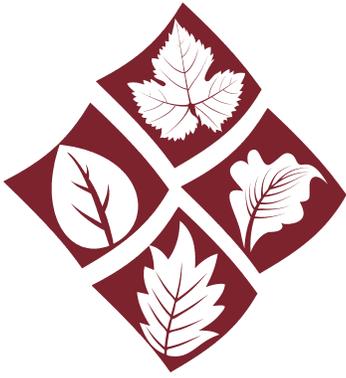
Dado que una DNR es una orden médica, se exige que un médico la escriba y la firme por usted.

A diferencia de los testamentos vitales y los poderes para la atención médica, las órdenes de DNR deben ser escritas y firmadas por un médico, un enfermero certificado de práctica avanzada o un auxiliar médico después de la consulta con el paciente.

Las copias de estos formularios deben guardarse en un lugar de fácil acceso donde otros puedan encontrarlas.

También debe entregar copias de su testamento vital, poder para la atención médica u orden de DNR a su proveedor de atención médica autorizado, sus familiares y sus amigos cercanos que puedan desempeñarse como cuidadores. **En su casa, una orden de DNR debe poder encontrarse fácilmente, ya sea en el refrigerador o en otro lugar, para que la vea el personal de emergencia.**





La opción del hospicio

Cuando las opciones parecen pocas y desagradables...

...aparece el hospicio. La vida está llena de opciones. Todos queremos tener el control, ser capaces de tomar nuestras propias decisiones y determinar cómo vivimos nuestra vida. Cuando ya no hay cura, sentimos miedo, frustración y confusión. Podemos sentir que perdimos el control de nuestra vida. Gracias al hospicio, podemos restaurar nuestra capacidad de tomar decisiones y reencauzar nuestras vidas al ofrecernos opciones positivas conforme enfrentamos el final de la vida.

¿Qué ofrece el hospicio?

El hospicio brinda atención a un paciente a través de un equipo interdisciplinario compuesto por médicos, enfermeros, trabajadores sociales, asesores, asistentes de la salud en el hogar, capellanes, terapeutas y voluntarios según sea necesario. Además, el hospicio sirve para proporcionar los medicamentos, el equipo médico duradero, los suministros y la atención de pacientes internados. El hospicio brinda atención las 24 horas, los 7 días de la semana; siempre está disponible para ayudar con las crisis o las inquietudes que puedan surgir.

Asimismo, el hospicio es una filosofía de cuidado que gira en torno a los deseos del paciente: sus deseos se respetarán y se le permitirá morir, con el menor dolor posible, rodeado de quienes lo aman y con el mayor respeto y la mayor dignidad. El hospicio se centra en mejorar la calidad de vida que queda, en lugar de limitarse a prolongarla.

¿Cuándo puedo elegir el hospicio?

Las personas que eligen un hospicio presentan afecciones médicas que no tienen cura, y se acercan a la última fase de la vida. El hospicio, con más de cuatro décadas de experiencia en el cuidado de enfermos terminales, ofrece grandes avances en el manejo del dolor que mejoran enormemente la calidad de vida.

¿Dónde se proporciona el cuidado de hospicio?

El servicio de hospicio suele prestarse en el entorno tranquilo y familiar de su hogar, donde se siente más cómodo y donde sus seres queridos pueden involucrarse más fácilmente. El cuidado de hospicio también puede proporcionarse en un hogar de convalecencia o en un centro de vida asistida, en caso de que viva allí. En ocasiones, una persona puede optar por ir a un centro para pacientes internados para recibir el cuidado de hospicio intensivo, centrado en el tratamiento del dolor u otros síntomas que no pueden tratarse en su hogar. Una vez que estos síntomas están bajo control, la persona generalmente puede regresar a casa.

Si elijo el cuidado de hospicio, ¿cómo puedo pagar los servicios?

Medicare, Medicaid y la mayoría de las compañías de seguros privadas cubren los costos del cuidado de hospicio. Los hospicios locales trabajarán en estrecha colaboración con usted para identificar las posibles fuentes de pago. El hospicio, la máxima expresión del cuidado, del apoyo y del amor, les ha servido a millones de personas de cualquier nivel de ingresos, raza, credo, edad y circunstancia médica. El hospicio está a su disposición para cuando lo necesite.



¿Un paciente de hospicio que muestre signos de recuperación puede volver a recibir tratamiento médico habitual?

Sí. Si la afección de la persona parece mejorar, el paciente puede recibir el alta del hospicio y regresar a un tratamiento intensivo o continuar con su vida diaria. Si un paciente que recibió el alta debe regresar al cuidado del hospicio, Medicare y la mayoría de las pólizas de seguro privadas permiten una cobertura adicional para estos fines.

¿Qué implica el proceso de admisión al hospicio?

Una de las primeras medidas en el cuidado de hospicio es comunicarse con el médico del paciente para garantizar que esté de acuerdo con que el cuidado de hospicio sea adecuado para el paciente en este momento. Si una persona no tiene un médico, los hospicios pueden contar con un personal médico disponible para ayudar a determinar la elegibilidad. Una vez que se considere que un paciente es apto para el cuidado de hospicio, se le pedirá que firme los formularios de consentimiento y de seguro, que son similares a los formularios que firman los pacientes cuando ingresan a un hospital.

¿El cuidado de hospicio no es solo para las personas que tienen cáncer?

No. El cuidado de hospicio está disponible para pacientes con muchas enfermedades terminales como la esclerosis lateral amiotrófica (ELA), la demencia, las enfermedades cardíacas, el

VIH/sida, las enfermedades hepáticas, las enfermedades pulmonares, los accidentes cerebrovasculares, el estado de coma, entre otros. Consulte en su centro de hospicio local para obtener más información.

¿Cómo elijo el hospicio?

Hable con su médico, un miembro de su comunidad religiosa, el planificador de altas del hospital, un trabajador social, un enfermero o una organización de hospicio local o estatal. Cuando usted y su familia se dan cuenta de que la atención, y no la cura, es lo más importante para usted, ese será el momento de solicitar el hospicio.

Si quiero elegir el hospicio y necesito más información sobre los hospicios de Ohio, ¿quién puede ayudarme?

LeadingAge Ohio, cuya misión es promover soluciones para una atención excepcional y una vida satisfactoria, puede proporcionar esta información. Llame al 800-776-9513 o visite www.LeadingAgeOhio.org.





Testamento vital de Ohio

Lo que debe saber sobre los testamentos vitales

Un **testamento vital** es un documento mediante el cual usted puede establecer, con anticipación, el tipo de atención médica que le gustaría recibir si quedara inconsciente de forma permanente o si presentara una enfermedad terminal y no pudiera informarle a su médico ni a su familia qué tipo de tratamientos de soporte vital desearía recibir. Además, en la última edición del **testamento vital**, se le permite especificar sus deseos respecto de la donación de órganos y tejidos.

- ◆ Este **testamento vital** se usa únicamente en situaciones en las que no puede informarle a su médico qué tipo de servicios de atención médica desea recibir. Antes de que este **testamento** entre en vigencia, usted debe encontrarse en una de estas situaciones:

(1) Tener una enfermedad terminal (consulte la definición conforme se describe en el formulario de Declaración de testamento vital) y no poder comunicarle a su médico sus deseos con respecto a los servicios de atención médica.

O

(2) Quedar inconsciente de forma permanente. Para que se lo considere inconsciente de forma permanente, dos médicos (uno de los cuales debe ser especialista médico en un campo pertinente) deben determinar que usted no tiene ninguna posibilidad razonable de recuperar el conocimiento.

Independientemente de su afección, si pudiera hablar e informarle a su médico sus deseos sobre los tratamientos para prolongar la vida, no se utilizaría el testamento vital; su médico simplemente hablaría directamente con usted sobre sus deseos. El médico utiliza un testamento vital solo si usted no puede decirle lo que desea que se le haga.

- ◆ Mediante un testamento vital, se le puede otorgar a su médico la facultad de retirar todo tratamiento de soporte vital, permitir que usted muera de forma natural y no tomar ninguna medida para posponer su muerte, con lo cual únicamente se proporcionaría la atención necesaria para brindarle bienestar y aliviar el dolor. Esto puede incluir redactar una orden de DNR o no aplicar un tratamiento de soporte vital, como la reanimación cardiopulmonar (RCP). Estos cuidados paliativos también pueden incluir la suspensión de la alimentación y la hidratación (la comida y el agua) que se administran por vía intravenosa o por sonda. Si desea otorgarle a su médico tal facultad en caso de que quede inconsciente de forma permanente, coloque sus iniciales en el espacio provisto en el testamento vital. Si desea que lo sigan alimentando e hidratando independientemente de las circunstancias, no coloque sus iniciales en el espacio.



- ◆ Un testamento vital puede respetarse únicamente si su médico de cabecera y otras personas lo conocen. Es importante que su médico, su familia y sus amigos sepan que dispone de un testamento vital antes de que se enferme. Es una buena idea que le entregue a su médico de cabecera una copia del testamento vital. Además, se recomienda entregarles copias a sus familiares y amigos para que, si es necesario, puedan informarle al médico que cuenta con dicho documento. Asimismo, es importante que le comunique a un centro de atención médica que tiene este testamento cuando se lo admita como paciente. Tenga en cuenta lo siguiente: no es necesario que vaya a un tribunal para que su testamento vital entre en vigencia.
- ◆ Si se toma la decisión de retener o revocar un tratamiento de soporte vital, su médico debe hacer un esfuerzo razonable para informárselo a la persona o las personas que usted designe en su testamento vital o a su familiar más cercano.
- ◆ La ley permite que sus familiares impugnen la determinación de un médico de que usted presenta una enfermedad terminal o que se encuentra en un estado de inconsciencia permanente. Esta impugnación es de índole limitada y solo pueden realizarla los familiares más cercanos. Sin embargo, la ley no permite que sus familiares impugnen su propia decisión legalmente documentada de no recibir reanimación.
- ◆ Si tiene un testamento vital y un poder para la atención médica, el médico debe cumplir con los deseos que usted declare en su testamento vital. En otras palabras, el testamento vital tiene prioridad sobre su poder para la atención médica. En la página cuatro del formulario de Testamento vital, se dispone un espacio que puede tildar para informarles a su médico, sus familiares y sus amigos que cuenta con un poder para la atención médica.
- ◆ Puede revocar el testamento vital en cualquier momento. Para hacerlo, simplemente dígales a su médico y a su familia que ha cambiado de opinión y que desea revocar el testamento vital. Es una buena idea pedirles a las personas que tengan una copia del documento que se la devuelvan.

Cómo llenar el formulario de Testamento vital

Debe utilizar este formulario para que su médico y su familia sepan qué tipo de tratamientos de soporte vital desea recibir si presenta una enfermedad terminal o está inconsciente de forma permanente, y no puede expresar sus deseos.

1. Lea toda la información detenidamente. En el documento, se incluyen definiciones importantes.
2. En las dos primeras líneas de la página 2 del formulario, escriba su nombre completo en letra de imprenta y su fecha de nacimiento.
3. En la página 4, puede indicar si ha completado un poder para la atención médica. En la siguiente sección del formulario, se proporciona un espacio para que consigne el nombre, el domicilio y los números de teléfono de los contactos (que suelen ser sus familiares y amigos cercanos) a quienes desea que el médico informe sobre su decisión de retener o retirar el tratamiento de soporte vital.
4. En la página 5 del formulario, hay una casilla junto a la sección en **negrita**, conforme a la cual su médico tendrá permiso de retirarle los alimentos y los líquidos en caso de que quede inconsciente de forma permanente. Si desea darle permiso a su médico para retirarle la comida y el agua en esta situación, debe colocar sus iniciales en esta casilla.



5. En la página 6 del formulario, se provee un espacio para que usted feche y firme el documento. **Recuerde, el testamento vital no se considera válido ni en vigencia a menos que realice una de las siguientes acciones:**

Primera opción: fechar y firmar el **testamento vital** en presencia de dos testigos, que también deben firmar, consignar su domicilio e indicar la fecha de la firma.

Las siguientes personas **no** pueden desempeñarse como testigos del **testamento vital**:

- *El Representante principal del poder para la atención médica del Declarante.*
- *El Tutor nominado de la persona o del patrimonio del Declarante.*
- *El Representante suplente o sucesor del poder para la atención médica del Declarante.*
- *Cualquier persona que tenga un lazo matrimonial, adoptivo o de consanguinidad con el Declarante (el cónyuge y los hijos del Declarante).*
- *El médico de cabecera del Declarante.*
- *El administrador del hogar de convalecencia donde el Declarante está recibiendo atención.*

O

Segunda opción: fechar y firmar el **testamento vital** en presencia de un notario público y hacer que este **documento** sea notarizado en el espacio correspondiente provisto en el formulario.

6. Una vez que haya completado el **testamento vital** y lo haya firmado en presencia de testigos o de un notario público, se aconseja entregar una copia a su médico personal y a los contactos que haya incluido **allí**. En algunos condados de Ohio, las personas pueden registrar su **testamento vital** ante el Registro del condado. No obstante, es importante tener en cuenta que un formulario de **testamento vital** registrado adquiere la índole de registro público.



Apéndice A: Poder para la atención médica

Apéndice B: Testamento vital

Apéndice C: Inscripción en el Registro de Donantes



DANIEL J. O'CONNOR JR.
FRANKLIN COUNTY RECORDER

Apéndice A

Poder para la atención médica

**Separar antes
de presentar**



DANIEL J. O'CONNOR JR.
FRANKLIN COUNTY RECORDER

Poder para la atención médica del estado de Ohio

(Sección 1337 del Código Revisado [RC])

(Nombre completo en letra de imprenta)

(Fecha de nacimiento)

Este documento constituye mi poder para la atención médica. Revoco todos los poderes para la atención médica que firmé con anterioridad. Comprendo la índole y el objeto del presente documento. Si alguna disposición se hallara inválida o inviable, esto no afectará al resto del documento.

Comprendo que mi Representante puede tomar decisiones relativas a la atención médica por mí solo en el momento en que mi médico de cabecera haya determinado que he perdido la capacidad de tomar decisiones informadas sobre mi atención médica. Sin embargo, esto no exige ni implica que un tribunal deba declararme incompetente.

Definiciones

Adulto: una persona de 18 años o más.

Representante o Apoderado: un adulto competente que una persona (el “Representado”) puede nombrar en un poder para la atención médica, a fin de que tome decisiones de atención médica por el Representado.

Alimentación o hidratación suministrada por medios artificiales o tecnológicos: los alimentos y los líquidos que se suministran por vía intravenosa o por sonda. *(Puede rechazar o suspender una sonda de alimentación o autorizar que su Representante del poder para la atención médica rechace o suspenda la alimentación o la hidratación artificiales).*

Fianza: una póliza de seguro que se emite para proteger los activos de la persona en tutela contra el robo o la pérdida causada por el mal desempeño de las funciones por parte del Tutor del patrimonio.

Cuidados paliativos: cualquier medida o procedimiento, tratamiento e intervención médicos o de enfermería (incluidas la alimentación o la hidratación), que se realice para disminuir el dolor o el malestar de un paciente, pero no para posponer la muerte.

RCP: se refiere a la reanimación cardiopulmonar, una de las varias formas de reactivar la respiración o los latidos del corazón de una persona una vez que se hayan detenido. No incluye despejar las vías respiratorias de una persona por un motivo que no sea la reanimación.



Orden de no reanimación o DNR: es la orden del médico que se escribe en el registro del paciente para indicar que este no debe recibir reanimación cardiopulmonar.

Tutor: la persona que designa un tribunal, mediante un procedimiento legal, para que tome decisiones en nombre de una persona en tutela. **Tutela:** se establece mediante dicha designación del tribunal.

Atención médica: comprende cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar la salud física o mental de una persona.

Decisión de atención médica: implica dar un consentimiento informado, negarse a dar un consentimiento informado o retirar dicho consentimiento para la atención médica.

Poder para la atención médica: un documento legal mediante el cual el Representado autoriza a que un Representante tome decisiones de atención médica en su nombre, en la mayoría de las situaciones de atención médica, cuando ya no pueda tomar tales decisiones. Además, el Representado puede autorizar que el Representante recopile información de atención médica protegida para su persona o en su nombre de inmediato o en cualquier otro momento. El poder para la atención médica NO es un poder financiero.

El documento del poder para la atención médica también se puede utilizar para nominar a personas para que actúen en calidad de Tutoras de la persona o del patrimonio del Representado. Incluso si un Tribunal designa a un Tutor para el Representado, el poder para la atención médica permanece en vigencia, a menos que el Tribunal establezca lo contrario.

Tratamiento de soporte vital: incluye cualquier procedimiento, tratamiento o intervención médicos u otras medidas que, cuando se administran a un paciente, posponen principalmente el proceso de muerte.

Declaración de testamento vital: es un documento legal conforme al cual un adulto competente (el "Declarante") consigna qué tipo de atención médica desea si presentara una enfermedad terminal o quedara inconsciente de forma permanente y ya no pudiera dar a conocer sus deseos. NO es ni reemplaza a un testamento, que se utiliza para designar a un albacea testamentario con el fin de que administre el patrimonio de una persona después de su muerte.

Estado de inconsciencia permanente: una afección irreversible en la que el paciente nunca más será consciente de sí mismo ni de su entorno. Al menos dos médicos deben examinar al paciente y estar de acuerdo en que este ha perdido totalmente la función cerebral superior y no puede sufrir ni sentir dolor.

Representado: un adulto competente que firma un poder para la atención médica.

Afección terminal: una afección irreversible, incurable e intratable causada por una enfermedad, dolencia o lesión, la cual, con un grado razonable de certeza médica conforme a lo estipulado en las normas médicas razonables del médico de cabecera del Representado y otro médico que lo haya examinado, conlleva estas dos situaciones: (1) no puede haber recuperación y (2) es probable que se produzca la muerte en un período relativamente corto si no se administra un tratamiento de soporte vital.

Persona en tutela: la persona que es incompetente según la determinación del Tribunal. La persona o el patrimonio financiero de la persona en tutela, o ambos, reciben la protección de un Tutor que el Tribunal designa y supervisa.

Nombramiento de mi Representante. La persona que se nombra a continuación es mi Representante, quien tomará las decisiones de atención médica por mí de conformidad con lo dispuesto en el presente documento.

Nombre del Representante y vínculo conmigo: _____

Dirección: _____

Número(s) de teléfono: _____



Al colocar mis iniciales, mi firma, una tilde u otra marca en esta casilla, autorizo específicamente a mi Representante a obtener mi información de atención médica protegida de inmediato y en cualquier momento en el futuro.

Pautas para el Representante. Mi Representante tomará decisiones de atención médica por mí según mis instrucciones en este documento y mis deseos de los que este haya tomado conocimiento de otro modo. Si mi Representante considera que mis deseos están en conflicto con el contenido de este documento, será este último el que tendrá prioridad. Si no hay instrucciones y mis deseos son poco claros o desconocidos para una situación en particular, mi Representante tomará una determinación sobre mis intereses después de considerar los beneficios, las cargas y los riesgos que pudieren resultar de una decisión determinada. Si ningún Representante se encuentra disponible, este documento establecerá las pautas para mis decisiones de atención médica.

Nombramiento de Representantes suplentes. Si mi Representante antes nombrado no se encuentra a disposición de inmediato o no tiene la voluntad o la capacidad de tomar decisiones por mí, entonces nombro, en el siguiente orden de prioridad, a las personas que figuran a continuación como mis Representantes suplentes (*tache los renglones que no utilice*):

Tache este espacio si no lo usa

Nombre del primer Representante suplente y vínculo conmigo: _____

Dirección: _____

Número(s) de teléfono: _____

Nombre del segundo Representante suplente y vínculo conmigo: _____

Dirección: _____

Número(s) de teléfono: _____

Cualquier persona puede basarse en una declaración del Representante suplente mencionado anteriormente de que actúa correctamente en virtud del presente documento y dicha persona no tiene que realizar ninguna investigación o consulta adicionales.

Facultad del Representante. A excepción de los puntos que he tachado y sujeto a cualquier elección que yo haya hecho en este poder para la atención médica, mi Representante tiene la facultad plena de tomar todas las decisiones de atención médica por mí. Esta facultad comprende, entre otras cuestiones, lo siguiente:

1. Otorgar mi consentimiento para la administración de medicamentos, tratamientos o procedimientos (incluida la cirugía) para aliviar el dolor que mi Representante, por consejo médico, considere que puedan brindarme bienestar, aunque dichos medicamentos, tratamientos o procedimientos puedan acelerar mi muerte.
2. Si estoy en un estado terminal y no dispongo de una Declaración de testamento vital conforme a la cual se aborde el tratamiento de dicho estado, tomar decisiones respecto de un tratamiento de soporte vital, incluidas la alimentación o la hidratación suministradas por medios artificiales o tecnológicos.
3. Dar, retirar o negarse a dar un consentimiento informado para cualquier procedimiento, tratamiento, intervención u otra medida de atención médica.
4. Solicitar, revisar y recibir cualquier información, oral o escrita, con respecto a mi estado físico o mental, lo que incluye, entre otros, todos mis registros médicos y de atención médica.
5. Consentir la divulgación adicional de información y divulgar información médica y relacionada con mi afección y tratamiento a otras personas.
6. Formalizar, en mi nombre, las exenciones u otros documentos que pudiesen ser necesarios para obtener información médica o relacionada con esta.
7. Formalizar los consentimientos, las renunciaciones y las exenciones de responsabilidad por mí y por mi patrimonio a todas las personas que cumplan con las instrucciones y las decisiones de mi Representante. Indemnizar y eximir de responsabilidad, a mi cuenta, a cualquier persona que actúe sobre la base de este poder para la atención médica. Estaré obligado a cumplir con dicha indemnización establecida por mi Representante.
8. Seleccionar, emplear y dar de baja al personal y a los servicios de atención médica que brinden atención médica a domicilio y otros servicios similares.
9. Seleccionar cualquier centro médico o de atención médica, lo que incluye, entre otros, hospitales, hogares de convalecencia, centros de vida asistida, hospicios, hogares para adultos y otros establecimientos similares, y contratarlo para mi internación, transferirme allí o autorizar mi alta en ese centro.
10. Trasládame u organizar mi traslado a un lugar donde se respete este poder para la atención médica, si me encuentro en un lugar donde los términos de este documento no se cumplen.
11. Completar y firmar por mí lo siguiente:
 - Los consentimientos para un tratamiento de atención médica o para la emisión de órdenes de no reanimación (DNR) u otras órdenes similares.
 - Las solicitudes para que me trasladen a otro centro, para que me den el alta en contra del asesoramiento de atención médica u otras solicitudes semejantes.
 - Todo otro documento deseable o necesario para implementar las decisiones de atención médica que mi Representante esté autorizado a tomar de conformidad con el presente instrumento.

Instrucciones especiales. (Estas instrucciones rigen únicamente si NO dispongo de una Declaración de testamento vital activa).



Al colocar mis iniciales, mi firma, una tilde u otra marca en esta casilla, autorizo específicamente a que mi Representante rechace o, si el tratamiento ha comenzado, retire el consentimiento para la provisión de la alimentación o la hidratación suministradas por medios artificiales o tecnológicos si me encontrase en un estado de inconsciencia permanente Y si mi médico y al menos un médico más que me haya examinado han determinado, con un grado razonable de certeza médica, que la alimentación y la hidratación suministradas por medios artificiales o tecnológicos no me brindarán bienestar ni aliviarán el dolor. (Secciones 1337.13[E][2][a] y [b] del RC).

Limitaciones de la facultad del Representante. Comprendo que existen limitaciones a la facultad de mi Representante en virtud de la ley de Ohio:

1. Mi Representante no tiene la facultad de rechazar ni revocar un consentimiento informado para la atención médica necesaria con el fin de brindar cuidados paliativos.
2. Mi Representante no posee la facultad de rechazar ni revocar un consentimiento informado para la atención médica si estoy embarazada, si tal rechazo o revocación pudieran interrumpir el embarazo, a menos que el embarazo o la atención médica representasen un riesgo considerable para mi vida, o a menos que mi médico de cabecera y al menos un médico más, con un grado razonable de certeza médica, determinasen que el feto no nacería vivo.
3. Mi Representante no puede ordenar el retiro del tratamiento de soporte vital, incluidas la alimentación y la hidratación suministradas por medios artificiales o tecnológicos, a menos que yo tenga una afección terminal o esté en un estado de inconsciencia permanente, y dos médicos hayan determinado que el tratamiento de soporte vital no me proporcionaría bienestar ni me aliviaría el dolor, o que ya dejaría de hacerlo.
4. Si anteriormente di mi consentimiento para cualquier atención médica, mi Representante no puede retirar ese tratamiento, a menos que mi afección haya cambiado considerablemente, de modo que la atención médica sea significativamente menos beneficiosa para mí, o a menos que la atención médica no esté logrando el propósito para el cual la elegí.

Instrucciones y limitaciones adicionales. Puedo dar instrucciones adicionales o imponer limitaciones adicionales a la facultad de mi Representante. A continuación, se especifican mis instrucciones o limitaciones específicas:

(Si el espacio debajo no es suficiente, puede adjuntar páginas adicionales. Si no tiene instrucciones o limitaciones adicionales para indicar, escriba "Ninguna" a continuación).

NOMINACIÓN DE UN TUTOR

(Secciones 1337.28 [A] y 2111.121 del RC)

(Usted puede, sin obligación, utilizar este documento para nominar a un Tutor, en caso de que se inicien los procedimientos de tutela, para su persona o su patrimonio).

Comprendo que cualquier persona que yo nomine no se ve obligada a aceptar las funciones de la tutela y que el Tribunal de Sucesiones mantiene jurisdicción sobre cualquier tutela.

(Sección 2111.121[C] del RC).

Comprendo que el Tribunal respetará mis nominaciones, salvo que exista una justificación válida o por descalificación. (Sección 2111.121[B] del RC).

Comprendo que, si se designa un **Tutor de la persona** para mí, las funciones de dicho Tutor incluirían tomar decisiones diarias de carácter personal en mi nombre (por ejemplo, con respecto a alimentos, vestimenta y arreglos de vivienda). Sin embargo, este o cualquier poder para la atención médica posterior permanecerían en vigencia y controlarían las decisiones de atención médica para mí, a menos que el Tribunal determine lo contrario. El Tribunal determinará los límites, suspenderá o finalizará este o cualquier poder para la atención médica posterior si considera que la limitación, la suspensión o la finalización es lo mejor para mí. (Sección 1337.28 [C] del RC).

Pretendo que, a partir de la facultad otorgada a mi Representante en virtud de mi poder para la atención médica, no sea necesario que un tribunal designe a un Tutor de mi persona. Sin embargo, en caso de que se inicien dichos procedimientos, nomino a la(s) siguiente(s) persona(s) en el orden indicado como **Tutora(s) de mi persona**.



Al colocar mis iniciales, mi firma, una tilde u otra marca en esta casilla, nomino a mi Representante y mi(s) Representante(s) suplente(s), si corresponde, para que sean los **Tutores de mi persona**, en el orden antes mencionado.

Si no elijo a ningún Representante ni Representante suplente para que sean los Tutores de mi persona, escojo a la(s) siguiente(s) persona(s), en este orden (*tache los renglones que no utilice*):

Tache este espacio si no lo usa

Nombre del Tutor de mi persona y vínculo conmigo: _____

Dirección: _____

Número(s) de teléfono: _____

Nombre del Tutor suplente de mi persona y vínculo conmigo: _____

Dirección: _____

Número(s) de teléfono: _____

FIRMA del REPRESENTADO

Comprendo que soy responsable de informar a los miembros de mi familia y mi médico, mi abogado, mi consejero espiritual y demás personas sobre este poder para la atención médica. Comprendo que puedo entregar copias de este poder para la atención médica a cualquier persona.

Entiendo que puedo presentar una copia de este poder para la atención médica ante el Tribunal de Sucesiones para su resguardo. (Sección 1337.12[E][3] del RC).

Entiendo que debo firmar este poder para la atención médica e indicar la fecha de mi firma, y que dos adultos que sean elegibles para atestiguar mi firma deben presenciarla, O BIEN un notario público debe certificarla. (Sección 1337.12 del RC).

Firmo con mi nombre este poder para la atención médica

el _____ de 20____, en _____, Ohio.

Representado

(Elija a los testigos O la certificación de un notario).

TESTIGOS (Sección 1337.12[B] del RC).

(Las siguientes personas NO PUEDEN desempeñarse en calidad de testigos de este poder para la atención médica:

- *Su Representante, si corresponde.*
- *El Tutor de su persona o patrimonio, si lo hubiere.*
- *Un Representante o Tutor suplente o sucesor, si lo hubiere.*
- *Cualquier tercero con quien tenga un lazo matrimonial, adoptivo o de consanguinidad [como su cónyuge o sus hijos].*
- *Su médico de cabecera.*
- *El administrador del hogar de convalecencia donde esté recibiendo atención).*

AVISO PARA EL ADULTO QUE FORMALIZA EL PRESENTE DOCUMENTO

Este es un documento legal importante. Antes de formalizar este documento, debe conocer la siguiente información:

Mediante este documento, se le otorga a la persona a quien usted designe (el Apoderado) la potestad de tomar la MAYORÍA de las decisiones de atención médica en su nombre si usted pierde la capacidad de tomar decisiones informadas de atención médica por usted mismo. Dicha potestad entra en vigencia únicamente en el momento en que su médico de cabecera determine que usted ha perdido la capacidad de tomar decisiones informadas de atención médica por sí mismo y, sin perjuicio del presente documento, mientras tenga la capacidad de tomar estas decisiones, usted conserva el derecho a tomar todas las decisiones médicas y de atención médica por usted mismo.

Usted puede incluir limitaciones específicas en este documento a la facultad del Apoderado respecto de la toma de decisiones de atención médica en su nombre.

Sujeto a las limitaciones específicas que consigne aquí, si su médico de cabecera determina que usted ha perdido la capacidad de tomar una decisión informada de un asunto de atención médica, el Apoderado, EN GENERAL, estará autorizado, en virtud del presente documento, a tomar decisiones de atención médica en su nombre en la misma medida en que usted podría tomar esas decisiones por usted mismo, si tuviera la capacidad de hacerlo. La facultad del Apoderado para tomar decisiones de atención médica por usted GENERALMENTE incluirá la facultad de otorgar un consentimiento informado, negarse a hacerlo o revocarlo en el marco de cualquier tipo de atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar una afección física o mental.

SIN EMBARGO, incluso si el Apoderado tiene la facultad general de tomar decisiones de atención médica por usted en virtud de este documento, este NUNCA estará autorizado a realizar estos actos:

(1) Rechazar o revocar el consentimiento informado para el tratamiento de soporte vital, a menos que su médico de cabecera y otro médico que lo examine determinen, con un grado razonable de certeza médica y conforme a lo estipulado en las normas médicas razonables, que se trata de una de las siguientes situaciones:

(a) Usted padece una afección irreversible, incurable e intratable causada por una enfermedad, dolencia o lesión con una de las siguientes características:

(i) No puede haber recuperación.

(ii) Es probable que se produzca la muerte en un período relativamente corto si no se administra un tratamiento de soporte vital, y su médico de cabecera determina, además, con un grado razonable de certeza médica y de acuerdo con las normas médicas razonables, que no existe una posibilidad razonable de que usted recupere la capacidad de tomar decisiones informadas de atención médica por usted mismo.

(b) Usted se encuentra en un estado de inconsciencia permanente en el que está irreversiblemente inconsciente de usted mismo y de su entorno, y en el que existe una pérdida total del funcionamiento de la corteza cerebral, lo que hace que usted no tenga la capacidad de sentir el dolor ni el sufrimiento, y su médico de cabecera determina, con un grado razonable de certeza médica y en conformidad con las normas médicas razonables, que no existe una posibilidad razonable de que usted recupere la capacidad de tomar decisiones informadas de atención médica por usted mismo.

(2) Rechazar o revocar el consentimiento informado para la atención médica necesario para brindarle cuidados paliativos (excepto el caso en que, si no se prohíbe que el Apoderado lo haga conforme al apartado [4] a continuación, este podría rechazar o revocar el consentimiento informado para la provisión de la alimentación o hidratación como se dispone en el apartado [4] a continuación). **(Debe comprender que los cuidados paliativos se definen, conforme a la ley de Ohio, como el sustento [la alimentación] o los líquidos [la hidratación] suministrados de manera artificial o tecnológica para disminuir el dolor o el malestar, no para posponer la muerte, o como cualquier otro tipo de procedimiento, tratamiento o intervención médicos o de enfermería u otra medida que se tomaría para disminuir el dolor o el malestar, no para**

Aviso conforme lo exige la sección 1337.17 del Código Revisado de Ohio

posponer la muerte. En consecuencia, si su médico de cabecera determinara que un procedimiento, un tratamiento o una intervención médicos o de enfermería u otra medida previamente especificada no serviría o dejaría de servir para brindarle bienestar o aliviar el dolor, entonces, sujeto al apartado [4] a continuación, su Apoderado estaría autorizado a rechazar o revocar el consentimiento informado para el procedimiento, el tratamiento, la intervención u otra medida).

(3) Rechazar o revocar un consentimiento informado para la atención médica si está embarazada y si este rechazo o esta revocación pudieran interrumpir el embarazo (a menos que el embarazo o la atención médica representasen un riesgo considerable para su vida, o a menos que su médico de cabecera y, al menos, un médico más que la examine determinasen, con un grado razonable de certeza médica y de acuerdo con las normas médicas razonables, que el feto no nacería vivo).

(4) Rechazar o revocar un consentimiento informado para la provisión de sustento (la alimentación) o de líquidos (la hidratación) que se le administren de manera artificial o tecnológica, a menos que suceda lo siguiente:

(a) Usted se encuentra en un estado terminal o de inconsciencia permanente.

(b) Su médico de cabecera y, al menos, un médico más que lo haya examinado determinan, con un grado razonable de certeza médica y conforme a las normas médicas razonables, que la alimentación o la hidratación no servirán o dejarán de servir para brindarle bienestar o aliviar el dolor.

(c) Únicamente con la condición de que se encuentre en un estado de inconsciencia permanente, usted autoriza al Apoderado a rechazar o retirar un consentimiento informado para la provisión de la alimentación o la hidratación mediante la realización de los siguientes actos en este documento:

(i) Incluir una declaración en letras mayúsculas u otra tipografía llamativa, lo que comprende, entre otros, una fuente diferente, una tipografía más grande o una tipografía en negrita, en la que se consigne que el Apoderado puede rechazar o revocar un consentimiento informado destinado a que le provean alimentación o hidratación si se encuentra en un estado de inconsciencia permanente y si se determina que la alimentación o la hidratación no servirán o dejarán de servir para brindarle bienestar o aliviar el dolor; o bien, tildar o marcar de otro modo una casilla o un renglón (si corresponde) que sea adyacente a una declaración similar en este documento.

(ii) Colocar sus iniciales o su firma debajo de la declaración (o junto a ella), una tilde u otra marca descrita anteriormente.

(d) Su médico de cabecera determina, de buena fe, que usted autorizó a que el Apoderado rechace o revoque un consentimiento informado destinado a proporcionarle alimentación o hidratación si se encuentra en un estado de inconsciencia permanente, cumpliendo con los requisitos antes mencionados de los puntos (4)(c)(i) y (ii) dispuestos con anterioridad.

(5) Revocar un consentimiento informado para cualquier atención médica para la cual usted haya dado su consentimiento previamente, a menos que un cambio en su estado físico haya disminuido considerablemente los beneficios que esa atención médica le brindaba, o a menos que la atención médica no sea, o haya dejado de ser, significativamente eficaz para lograr los fines para los cuales usted le dio su consentimiento.

Además, al ejercer la facultad de tomar las decisiones de atención médica en su nombre, el Apoderado tendrá que actuar sobre la base de sus deseos o, si estos se desconocen, tendrá que actuar en su beneficio. Usted puede expresarle sus deseos al Apoderado en este documento o haciéndoselos saber de otra manera.

Al actuar de conformidad con el presente documento, el Apoderado GENERALMENTE tendrá los mismos derechos que usted tenga para recibir información sobre la atención médica propuesta, revisar los registros médicos y dar su consentimiento para la divulgación de tales registros. Puede limitar ese derecho en este documento si así lo desea.

Aviso conforme lo exige la sección 1337.17 del Código Revisado de Ohio

En términos generales, usted puede designar Apoderado a cualquier adulto competente de conformidad con este instrumento. No obstante, NO PUEDE designar Apoderado a su médico de cabecera ni al administrador de ningún hogar de convalecencia en el que esté recibiendo atención en virtud de este documento. Asimismo, NO PUEDE designar como Apoderado a un empleado o representante de su médico de cabecera, o un empleado o representante de un centro de atención médica en el que esté recibiendo un tratamiento conforme al presente documento, a menos que el empleado o representante mencionado anteriormente sea un adulto con quien tenga un lazo matrimonial, adoptivo o de consanguinidad; o bien, sea un adulto competente y usted y el empleado o representante sean miembros de la misma comunidad religiosa.

Este documento no tiene fecha de vencimiento según la ley de Ohio, pero puede optar por especificar una fecha de vencimiento para el poder duradero para la atención médica. Sin embargo, si especifica una fecha de vencimiento y luego no tiene la capacidad para tomar decisiones informadas de atención médica por usted mismo en esa fecha, el documento y la potestad que usted le otorgue a su Apoderado continuarán en vigencia hasta que recupere la capacidad para tomar estas decisiones por usted mismo.

Usted tiene derecho a revocar la designación del Apoderado y el derecho a revocar este documento por completo en cualquier momento y de cualquier manera. Por lo general, cualquier revocación entra en vigencia cuando expresa su intención de realizarla. Sin embargo, si le informó a su médico de cabecera sobre este documento, dicha revocación entrará en vigencia únicamente cuando se lo comunique a dicho médico, o cuando un testigo de la revocación u otro personal de atención médica a quien el testigo le comunique sobre dicha revocación se lo informe al médico de cabecera.

Si formaliza este documento y constituye un poder duradero válido para la atención médica en virtud de este, revocará cualquier poder duradero válido anterior para la atención médica que haya constituido, a menos que indique lo contrario en este documento.

Este instrumento no tiene validez como poder duradero para la atención médica, a menos que un notario público lo certifique o que tenga las firmas de al menos dos testigos adultos que estén presentes cuando usted firme o cuando certifique su firma. Ningún tercero con quien tenga un lazo matrimonial, adoptivo o de consanguinidad puede ser testigo. El Apoderado, su médico de cabecera y el administrador de un hogar de convalecencia en el que esté recibiendo atención tampoco son elegibles para ser testigos. Si no comprende alguna parte del presente documento, debe solicitarle a su abogado que se la explique.

Aviso conforme lo exige la sección 1337.17 del Código Revisado de Ohio

ANEXO

Este aviso no se actualizó cuando se cambiaron ciertas disposiciones de la ley con respecto al poder para la atención médica en marzo de 2014. Tenga en cuenta los siguientes cambios:

Usted puede, sin obligación, autorizar a que su Representante obtenga su información de atención médica, incluida la información que esté protegida por ley y que, de otra manera, no esté disponible para dicho Representante. Usted puede autorizar que su Representante tenga acceso a su información médica inmediatamente después de firmar este documento o en cualquier momento posterior, aunque aún pueda tomar sus propias decisiones de atención médica.

También puede, sin obligación, utilizar el presente documento para nombrar a Tutores de su persona o su patrimonio en caso de que se inicien los procedimientos de tutela.

© Marzo de 2015. Este documento puede reimprimirse y copiarse para su uso por parte de la comunidad, abogados, médicos y osteópatas, hospitales, asociaciones de abogados, sociedades médicas y asociaciones y organizaciones sin fines de lucro. No puede reproducirse con fines comerciales para realizar una venta y obtener ganancias.

Apéndice B

Testamento vital

**Separar antes
de presentar**



DANIEL J. O'CONNOR JR.
FRANKLIN COUNTY RECORDER

Declaración de testamento vital del estado de Ohio

Aviso al Declarante

El objeto de la presente Declaración de testamento vital es documentar su deseo de que se retire o se retenga el tratamiento de soporte vital, lo que incluye la alimentación y la hidratación suministradas por medios artificiales o tecnológicos, en caso de que no pueda tomar decisiones médicas informadas y de que se encuentre en un estado terminal o de inconsciencia permanente. Esta Declaración de testamento vital no afecta la responsabilidad del personal de atención médica de brindarle cuidados paliativos. Estos incluyen toda medida que se tome para disminuir el dolor o el malestar, pero no para posponer la muerte.

Si opta por no limitar ninguna de las formas de tratamiento de soporte vital, incluida la RCP, tiene el derecho legal de hacerlo y puede indicar sus preferencias de tratamiento médico por escrito en un documento aparte.

En virtud de la ley de Ohio, lo establecido en una Declaración de testamento vital rige **únicamente para las personas que se encuentran en un estado terminal o de inconsciencia permanente**. Si desea ordenar un tratamiento médico en otras circunstancias, se aconseja que prepare un poder para la atención médica. Si se encuentra en un estado terminal o de inconsciencia permanente, la presente Declaración de testamento vital tiene prioridad sobre un poder para la atención médica.

(Considere completar una Declaración de testamento vital nueva si su afección médica cambia o si luego decide completar un poder para la atención médica. Si dispone de una Declaración de testamento vital y de un poder para la atención médica, guarde las copias de estos documentos en un mismo lugar. Lleve consigo sus documentos siempre que asista a un centro de atención médica o cuando actualice sus registros médicos con su médico).



Declaración de testamento vital del estado de Ohio

(Sección 2133 del Código Revisado [RC])

(Nombre completo en letra de imprenta)

(Fecha de nacimiento)

Este documento constituye mi Declaración de testamento vital. Revoco todas las Declaraciones de testamento vital que firmé con anterioridad. Comprendo la índole y el objeto del presente documento. Si alguna disposición se hallara inválida o inviable, esto no afectará al resto del documento.

Estoy en mi sano juicio y sin sujeción a coacciones, fraudes ni influencias indebidas. Soy un adulto competente que comprende y acepta las consecuencias de esta acción. Declaro voluntariamente la orden de que mi muerte no se prolongue de forma artificial. (Sección 2133.02 [A][1] del RC).

Tengo la intención de que mi familia y mis médicos respeten esta Declaración de testamento vital como la expresión final de mi derecho legal a rechazar ciertos tipos de atención médica. (Sección 2133.03[B][2] del RC).

Definiciones

Adulto: una persona de 18 años o más.

Representante o Apoderado: un adulto competente que una persona (el "Representado") puede nombrar en un poder para la atención médica, a fin de que tome decisiones de atención médica por el Representado.

Donación de órganos y tejidos: una donación de una parte o la totalidad de un cuerpo humano, que se hace efectiva después de la muerte del donante con fines de trasplante, tratamiento, investigación o educación.

Alimentación o hidratación suministrada por medios artificiales o tecnológicos: los alimentos y los líquidos que se suministran por vía intravenosa o por sonda. *(Puede rechazar o suspender una sonda de alimentación o autorizar que su Representante del poder para la atención médica rechace o suspenda la alimentación o la hidratación artificiales).*

Cuidados paliativos: cualquier medida o procedimiento, tratamiento e intervención médicos o de enfermería (incluidas la alimentación o la hidratación), que se realice para disminuir el dolor o el malestar de un paciente, pero no para posponer la muerte.

RCP: se refiere a la reanimación cardiopulmonar, una de las varias formas de reactivar la respiración o los latidos del corazón de una persona una vez que se hayan detenido. No incluye despejar las vías respiratorias de una persona por un motivo que no sea la reanimación.

Declarante: la persona que firma la Declaración de testamento vital.

Orden de no reanimación o DNR: es la orden del médico que se escribe en el registro del paciente para indicar que este no debe recibir reanimación cardiopulmonar.

Atención médica: comprende cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar la salud física o mental de una persona.

Decisión de atención médica: implica dar un consentimiento informado, negarse a dar un consentimiento informado o retirar dicho consentimiento para la atención médica.

Poder para la atención médica: un documento legal mediante el cual el Representado autoriza a que un Representante tome decisiones de atención médica en su nombre, en la mayoría de las situaciones de atención médica, cuando ya no pueda tomar tales decisiones. Además, el Representado puede autorizar que el Representante recopile información de atención médica protegida para su persona o en su nombre de inmediato o en cualquier otro momento. El poder para la atención médica NO es un poder financiero.

El documento del poder para la atención médica también se puede utilizar para nominar a personas para que actúen en calidad de Tutoras de la persona o del patrimonio del Representado. Incluso si un Tribunal designa a un Tutor para el Representado, el poder para la atención médica permanece en vigencia, a menos que el Tribunal establezca lo contrario.

Tratamiento de soporte vital: incluye cualquier procedimiento, tratamiento o intervención médicos u otras medidas que, cuando se administran a un paciente, posponen principalmente el proceso de muerte.

Declaración de testamento vital: es un documento legal conforme al cual un adulto competente (el "Declarante") consigna qué tipo de atención médica desea si presentara una enfermedad terminal o quedara inconsciente de forma permanente y ya no pudiera dar a conocer sus deseos. NO es ni reemplaza a un testamento, que se utiliza para designar a un albacea testamentario con el fin de que administre el patrimonio de una persona después de su muerte.

Estado de inconsciencia permanente: una afección irreversible en la que el paciente nunca más será consciente de sí mismo ni de su entorno. Al menos dos médicos deben examinar al paciente y estar de acuerdo en que este ha perdido totalmente la función cerebral superior y no puede sufrir ni sentir dolor.

Representado: un adulto competente que firma un poder para la atención médica.

Estado terminal: una afección irreversible, incurable e intratable causada por una enfermedad, dolencia o lesión, la cual, con un grado razonable de certeza médica conforme a lo estipulado en las normas médicas razonables del médico de cabecera del Declarante y otro médico que lo haya examinado, conlleva estas dos situaciones: (1) no puede haber recuperación y (2) es probable que se produzca la muerte en un período relativamente corto si no se administra un tratamiento de soporte vital.

Sin fecha de vencimiento. La presente Declaración de testamento vital no tendrá fecha de vencimiento. Sin embargo, puedo revocarla en cualquier momento. (Sección 2133.04[A] del RC).

Las copias tienen la misma validez que el original. Cualquier persona puede basarse en una copia de este documento. (Sección 2133.02[C] del RC).

Solicitud fuera del estado. Tengo la intención de que este documento se respete en cualquier jurisdicción en la medida en que lo permita la ley. (Sección 2133.14 del RC).

He completado un **poder para la atención médica:** Sí _____ No _____

Notificaciones. *(Nota: No es necesario que nombre a alguien. Si no nombra a nadie, conforme a la ley, se exige que su médico de cabecera haga un esfuerzo razonable para darle información a una de las siguientes personas en el orden mencionado: su Tutor, su cónyuge, sus hijos adultos que estén disponibles, sus padres o la mayoría de sus hermanos adultos que estén disponibles).*

En el caso de que mi médico de cabecera determine que el tratamiento de soporte vital deba retenerse o retirarse, mi médico hará un esfuerzo razonable para darle esta información a una de las personas que figuran a continuación, en el siguiente orden de prioridad (tache los renglones que no utilice): (sección 2133.05[2][a] del RC)

Tache este espacio si no lo usa.	Nombre del primer contacto y vínculo conmigo: _____
	Dirección: _____
	Número(s) de teléfono: _____
	Nombre del segundo contacto y vínculo conmigo: _____
	Dirección: _____
	Número(s) de teléfono: _____
	Nombre del tercer contacto y vínculo conmigo: _____
	Dirección: _____
	Número(s) de teléfono: _____

Si me encuentro en un **ESTADO TERMINAL** y no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica, O si estoy en un **ESTADO DE INCONSCIENCIA PERMANENTE** y no existe la posibilidad razonable de que recupere la capacidad de tomar decisiones informadas, le ordeno a mi médico que me deje morir de forma natural, solo con el suministro de **cuidados paliativos**.

A los fines de brindar cuidados paliativos, autorizo a que mi médico haga lo siguiente:

1. No administre ningún tratamiento de soporte vital, incluida la RCP.
2. Retenga o retire la alimentación o la hidratación suministradas por medios artificiales o tecnológicos, con la condición de que, si estoy en un estado de inconsciencia permanente, yo haya autorizado dicha retención o dicho retiro de conformidad con las **instrucciones especiales** a continuación y de que se hayan cumplido las otras condiciones.
3. Emita una orden de DNR.
4. No tome ninguna medida para posponer mi muerte y que únicamente que se me proporcione la atención necesaria para brindarme bienestar y aliviar el dolor.

Instrucciones especiales.



Al colocar mis iniciales, mi firma, una tilde u otra marca en esta casilla, autorizo específicamente a que mi médico rechace o, si el tratamiento ha comenzado, revoque el consentimiento para la provisión de la alimentación o la hidratación suministradas por medios artificiales o tecnológicos si me encontrase en un estado de inconsciencia permanente Y si mi médico y al menos un médico más que me haya examinado han determinado, con un grado razonable de certeza médica, que la alimentación y la hidratación suministradas por medios artificiales o tecnológicos no me brindarán bienestar ni aliviarán el dolor. (Secciones 2133.02[A][3] y 2133.08 del RC).

Instrucciones y limitaciones adicionales.

(Si el espacio debajo no es suficiente, puede adjuntar páginas adicionales.)

Si no tiene instrucciones o limitaciones adicionales para indicar, escriba "Ninguna" a continuación).

(La terminología de la donación de órganos y tejidos proporcionada a continuación se exige conforme a la sección 2133.07[C] del Código Revisado de Ohio [ORC]. Donate Life Ohio recomienda que indique su autorización para ser donante de órganos, tejidos o córnea en la Oficina de Vehículos Motorizados de Ohio cuando reciba una licencia de conducir o, si desea imponer restricciones a su donación, en un formulario de Inscripción en el Registro de Donantes [adjunto] enviado a la Oficina de Vehículos Motorizados de Ohio).

(Si utiliza este testamento vital para declarar su autorización, indique los órganos o los tejidos que desea donar y tache los fines para los que no autoriza el uso de su donación. Consulte el formulario de Inscripción en el Registro de Donantes adjunto para obtener ayuda al respecto. En todos los casos, infórmele a su familia sobre sus deseos de donación declarados).

DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS (opcional)

Tras mi muerte, estas son mis instrucciones respecto de la donación de la totalidad o parte de mi cuerpo: Con la esperanza de poder ayudar a otras personas después de mi muerte, por la presente, concedo las siguientes partes del cuerpo: *(marque todas las opciones que correspondan)*.

Todos los órganos, tejidos y ojos para cualquier fin autorizado por ley.

O

- | | | | |
|---|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Corazón | <input type="checkbox"/> Pulmones | <input type="checkbox"/> Hígado
(y los vasos relacionados) | <input type="checkbox"/> Páncreas/
células de los islotes |
| <input type="checkbox"/> Intestino delgado | <input type="checkbox"/> Intestinos | <input type="checkbox"/> Riñones
(y los vasos relacionados) | <input type="checkbox"/> Ojos/córneas |
| <input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas | <input type="checkbox"/> Huesos | <input type="checkbox"/> Tendones | <input type="checkbox"/> Ligamentos |
| <input type="checkbox"/> Venas | <input type="checkbox"/> Fascia | <input type="checkbox"/> Piel | <input type="checkbox"/> Nervios |

Para los siguientes fines autorizados por la ley:

- Todos los fines Trasplante Terapia Investigación Educación

Si no indico un deseo de donar la totalidad o parte de mi cuerpo llenando los renglones anteriores, no surge ninguna presunción sobre mi deseo de hacer o negarme a hacer una donación de órganos o tejidos.

FIRMA del DECLARANTE

Comprendo que soy responsable de informar a los miembros de mi familia, mi Representante nombrado conforme a mi poder para la atención médica (si dispongo de uno), mi médico, mi abogado, mi consejero espiritual y otras personas sobre esta Declaración de testamento vital. Entiendo que puedo entregar copias del presente documento a cualquier persona.

Comprendo que debo firmar (o pedirle a una persona que lo haga por mí) esta Declaración de testamento vital e indicar la fecha de la firma, y que dos adultos elegibles para atestiguar mi firma deben presenciarse, O BIEN un notario público debe certificarla. (Sección 2133.02 del RC).

Firmo con mi nombre este poder para la atención médica

el _____ de 20____, en _____, Ohio.

Declarante

(Elija a los testigos O la certificación de un notario).

TESTIGOS (sección 2133.02[B][1] del RC).

(Las siguientes personas NO PUEDEN desempeñarse como testigos de la presente Declaración de testamento vital:

- *Su Representante del poder para la atención médica, si corresponde.*
- *El Tutor de su persona o patrimonio, si lo hubiere.*

Apéndice C

Inscripción en el Registro de Donantes

**Separar antes de
presentar ante la Oficina
de Vehículos Motorizados
(BMV) de Ohio**



Formulario de Inscripción del Registro de Donantes del estado de Ohio

Aviso al Declarante

El objetivo del formulario de Inscripción del Registro de Donantes es documentar su deseo de donar órganos, tejidos o córneas en el momento de su muerte.

Este formulario debe completarse únicamente si **NO** se ha inscrito ya como donante ante la Oficina de Vehículos Motorizados (BMV) de Ohio al renovar una licencia de conducir o una tarjeta de identificación estatal, en línea a través del sitio web de la BMV o previamente a través de un formulario en papel. Si desea donar órganos o tejidos o modificar una inscripción existente, el presente formulario debe enviarse a la BMV para asegurarse de que se respeten sus deseos de donación de órganos, tejidos o córnea. Este documento servirá como una autorización para recuperar los órganos, los tejidos o las córneas indicados en el momento de su muerte, si es médicamente posible.

Al enviar este formulario, sus deseos se registrarán en el Registro de Donantes de Ohio que mantiene la BMV y solo podrán acceder a ellos las agencias de recuperación de órganos, tejidos y córnea correspondientes en el momento de la muerte. Se aconseja que comparta sus deseos con sus familiares más cercanos para que estén al tanto de sus intenciones de ser donante.

Este formulario también puede utilizarse para modificar o revocar sus deseos de donación. El formulario completo debe enviarse por correo postal al siguiente domicilio:

Ohio Bureau of Motor Vehicles
Attn: Records Request
P. O. Box 16583
Columbus, OH 43216-6583

Las preguntas frecuentes sobre la donación de órganos, tejidos y córnea se tratan en la página tres de esta sección. Si tiene preguntas más específicas, también se incluye la información de contacto de las agencias estatales de recuperación de órganos y tejidos. Le recomendamos que se comunique con ellos o visite sus sitios web.

Formulario de Inscripción en el Registro de Donantes de Ohio

Si aún NO se ha registrado como donante ante la Oficina de Vehículos Motorizados de Ohio (BMV) al renovar una licencia de conducir o una identificación estatal, el formulario de Inscripción en el Registro de Donantes de Ohio debe presentarse ante la BMV para asegurarse de que se respetarán sus deseos respecto de la donación de órganos y tejidos. Este documento servirá como una autorización para recuperar los órganos o los tejidos indicados en el momento de su muerte, si es médicamente posible. Al enviar este formulario, sus deseos se registrarán en el Registro de Donantes de Ohio que mantiene la BMV, y solo podrán acceder a ellos las agencias de recuperación de órganos y tejidos correspondientes en el momento de la muerte. Asegúrese de compartir sus deseos con sus seres queridos para que estén al tanto de sus intenciones. Este formulario también puede utilizarse para modificar o revocar sus deseos de donación.

Para registrarse, complete y envíe este formulario de inscripción al siguiente domicilio:

Ohio Bureau of Motor Vehicles

Attn: Records Request

P.O. Box 16583

Columbus, OH 43216-6583

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
DIRECCIÓN DE CORREO POSTAL		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO () -	FECHA DE NACIMIENTO / /	LICENCIA DE CONDUCIR/TARJETA DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTADO DE OHIO ● N.º DE SEGURO SOCIAL

OPCIONES DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE DONANTES

OPCIÓN 1

Cuando muera, acepto que se donen mis órganos, tejidos y ojos para los fines que se autorizan conforme a la ley.

OPCIÓN 2

Cuando muera, acepto que se donen los órganos, tejidos u ojos seleccionados a continuación:

Todos los órganos, tejidos y ojos

ÓRGANOS

Corazón

Pulmones

Hígado (y los vasos relacionados)

Riñones (y los vasos relacionados)

Páncreas/células de los islotes

Intestinos

Intestino delgado

TEJIDOS

Ojos/córneas

Válvulas cardíacas

Huesos

Tendones

Ligamentos

Venas

Fascia

Piel

Nervios

Para los siguientes fines autorizados por la ley:

Todos los fines

Trasplante

Tratamiento

Investigación

Educación

OPCIÓN 3

Solicito que me retiren del Registro de Donantes de Ohio.

FIRMA DEL DONANTE INSCRITO	DATE
X	

Donación de órganos y tejidos en Ohio

Una persona puede salvar o mejorar la calidad de vida de las personas que padecen insuficiencia orgánica, defectos congénitos, cáncer de huesos, lesiones ortopédicas, quemaduras, ceguera y más. Un donante de órganos puede salvar hasta 8 vidas donando el corazón, los pulmones, los riñones, el páncreas, el intestino delgado y el hígado. Más de 123,000 estadounidenses están en la lista de espera nacional para un trasplante de órganos que puede salvarles la vida; 3,400 de ellos se encuentran en Ohio. Las estadísticas indican que 18 personas en los EE. UU. mueren todos los días esperando un trasplante. Si se inscribe como donante, asegúrese de compartir la decisión con sus familiares.

¿Quién puede convertirse en donante? Todas las personas mayores de 15 años y medio pueden inscribirse y dar una autorización previa para la donación. La capacidad de donación se determina al momento de la muerte. Si un menor muere antes de los 18 años, los padres pueden modificar o revocar la decisión de donación.

¿Existen límites de edad para los donantes? Las personas de todas las edades y con todo tipo de antecedentes médicos pueden considerarse posibles donantes. Tanto los recién nacidos como las personas mayores han sido donantes de órganos. El estado de salud en el momento de la muerte determinará qué órganos y tejidos pueden donarse.

Si me inscribo en el Registro de Donantes, ¿esto afectará la calidad de la atención médica que recibiré en el hospital? No, los médicos de los hospitales se preocupan por atender al paciente que tienen enfrente a ellos y no se ocupan de la donación ni de los trasplantes. Se hace todo lo posible para salvar su vida antes de que se considere la donación.

¿La donación desfigurará mi cuerpo? ¿Puede haber un funeral a ataúd abierto? La donación no desfigura el cuerpo y no interfiere en un funeral ni lo retrasa (también aplica a los velatorios con ataúd abierto).

¿Se le aplican costos a mi familia en concepto de la donación? La familia del donante NO paga el costo de la donación. Todos los costos relativos a la donación de órganos, ojos y tejidos están a cargo de la agencia de recuperación designada.

¿Mi religión aprueba la donación? Todas las religiones importantes apoyan la donación de órganos, ojos y tejidos como un acto de caridad desinteresado.

¿Puedo vender mis órganos? No. Conforme a la Ley Nacional de Trasplante de Órganos, se prohíbe la venta de órganos y tejidos humanos. Los infractores están sujetos a multas y al encarcelamiento. Entre los motivos de esta norma, se encuentra la preocupación del Congreso de que la compra y la venta de órganos pueda conducir a un acceso no equitativo a los órganos de los donantes y que las personas adineradas tengan una ventaja injusta.

¿Cómo se distribuyen los órganos? Los órganos de los donantes se comparan con los receptores a través de un sistema regulado por el Gobierno federal, que se basa en una serie de factores que incluyen el grupo sanguíneo, el tamaño corporal, la urgencia médica, el tiempo en la lista de espera y la ubicación geográfica.

¿Puedo ser donante de órganos y tejidos, y también donar mi cuerpo para fines científicos? La donación de todo el cuerpo tiene prioridad sobre la donación de los órganos y tejidos. Si desea donar todo su cuerpo, debe hacer los trámites necesarios con una facultad de medicina o un centro de investigación antes de que muera. Las facultades de medicina, los centros de investigación y otras agencias estudian los cuerpos para obtener una mayor comprensión de la anatomía y los mecanismos de las enfermedades en los seres humanos. Esta investigación también es vital para salvar y mejorar vidas.

¿El Registro autoriza la donación en vida? No, la donación en vida no tiene la autorización del Registro. Es posible donar un riñón o parte de un hígado o pulmón en vida, pero eso se organiza de forma individual a través de centros de trasplante específicos.

Para obtener más información sobre la donación, comuníquese con una de las cuatro organizaciones estatales de donación de órganos designadas a nivel federal:

Noreste de Ohio
LifeBanc
www.lifebanc.org
216.752.5433

Oeste de Ohio
Life Connection of Ohio
www.lifeconnectionofohio.org
937.223.8223

Centro y sureste de Ohio
Lifeline of Ohio
www.lifelineofohio.org
800.525.5667

Suroeste de Ohio
LifeCenter
www.lifepassiton.org
513.558.5555

Página de notas

Para obtener más información sobre la donación de órganos, ojos y tejidos, ingrese a www.donatelifehio.org o comuníquese con su organización de donación de órganos local:

Lifeline of Ohio

Centro y sureste de Ohio
770 Kinnear Road, Suite 200
Columbus, OH 43212
(614) 291-5667
(800) 525-5667
www.lifelineofohio.org

LifeBanc

Noreste de Ohio
4775 Richmond Road
Cleveland, OH 44128-5919
(216) 752-5433
(888) 558-5433
www.lifebanc.org

**Life Center Organ Donor Network
Suroeste de Ohio**

615 Elsinore Place, Suite 400
Cincinnati, OH 45202
(513) 558-5555
(800) 981-5433
www.lifepassiton.org

Life Connection of Dayton

40 Wyoming Street
Dayton, OH 45409
(937) 223-8223
(800) 535-9206
www.lifeconnectionofohio.org

Life Connection of Toledo

3661 Briarfield Boulevard, Suite 105
Maumee, OH 43537
(419) 893-1618
(800) 262-5443
www.lifeconnectionofohio.org

Es importante que les comente a sus seres queridos que tiene instrucciones anticipadas. Se le proporciona esta tarjeta para que la utilice. Complete la tarjeta y guárdela en su billetera o cartera para que los profesionales médicos conozcan sus deseos.

Información de atención médica de emergencia
Tarjeta de billetera con instrucciones anticipadas

Tengo un testamento vital.

Tengo un formulario de Poder para la atención médica. Soy donante de órganos o tejidos y me he inscrito ante la Oficina de Vehículos Motorizados.

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____
Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____

Ubicación de los formularios: _____

Mis Representantes del poder para la atención médica

Principales

Nombre: _____

Teléfono: _____

Secundarios

Nombre: _____

Teléfono: _____

