



DECLARACIÓN DE LA LEY DE ILLINOIS SOBRE DIRECTIVAS ANTICIPADAS STATEMENT OF ILLINOIS LAW ON ADVANCE DIRECTIVES

Rush University Medical Center (“RUMC”) se compromete a proteger y promover los derechos de cada paciente. Estos incluyen el derecho a rechazar tratamiento médico o quirúrgico, incluida la atención de soporte vital (aunque el rechazo pueda acelerar el proceso de muerte) y el derecho a dar directivas anticipadas. Hay ciertos puntos que debe conocer sobre estos derechos.

Nadie puede predecir cuándo podría ocurrir un accidente o una enfermedad grave. Cuando suceda, es posible que necesite que otra persona hable o tome decisiones de atención médica por usted. Si lo planifica ahora, puede planificar obtener un tratamiento médico acorde con sus deseos.

Tiene derecho a tomar decisiones sobre la atención médica que recibe ahora y en el futuro. Una **directiva anticipada** es una declaración escrita que usted hace sobre cómo quiere que se tomen sus decisiones médicas si no puede hacerlo por su cuenta. La ley federal exige que se le informe sobre su derecho a dar directivas anticipadas cuando se lo admite en el hospital. Sin embargo, conforme a la ley de Illinois, los proveedores de atención médica pueden objetar sus deseos. En ese caso, puede elegir otro proveedor de atención médica o se le ofrecerá uno a usted o a su representante.

Illinois cuenta con cuatro tipos de directiva anticipada: (1) Poder notarial duradero de atención médica; (2) Testamento en vida; (3) Declaración de preferencia de tratamiento de salud mental; y (4) Órdenes del médico para el tratamiento de soporte vital (POLST). Puede consultar con su profesional de atención médica, su abogado o su médico sobre estas directivas anticipadas. Además, puede consultar con su médico para completar la POLST o preparar una DNR (orden de no reanimación). Puede optar por hacer más de una.

Si ya tiene directivas anticipadas, hágaselo saber al profesional de atención médica y entréguele una copia. También es recomendable brindarles una copia a sus familiares y debe brindarle una copia a la persona que designe para tomar las decisiones por usted en las directivas anticipadas.

Es nuestra política que la atención que reciba en RUMC no será distinta según las elecciones que haga sobre las directivas anticipadas, ya sea si las tiene o no.

I. Poder notarial de atención médica

En Illinois, tiene derecho a elegir a alguien para que sea su “agente de atención médica”. Su agente es la persona en la que confía para tomar las decisiones de atención médica en su nombre si usted no puede o no quiere tomarlas. Estas decisiones deben estar basadas en sus valores y deseos personales.

Es importante que deje asentado por escrito el agente que eligió. El formulario escrito de este documento se puede utilizar si cumple con los requisitos legales de Illinois. Hay muchos recursos escritos y en línea que lo podrán orientar a usted y a sus seres queridos para conversar sobre estos temas. Puede resultarle útil consultar estos recursos cuando esté pensando y analizando sus directivas anticipadas.

Un **Poder notarial de atención médica** le permite elegir a alguien que tome las decisiones médicas por usted en el futuro, si usted ya no puede hacerlo. En el formulario del poder notarial, usted es el “mandante” y la persona que elige para tomar las decisiones es su “agente”. Su agente tomará las decisiones de atención médica en su lugar si usted ya no pudiera tomarlas por sí mismo. Siempre que pueda tomar estas decisiones, usted tendrá la facultad para hacerlo. El agente que elija no puede ser su proveedor de atención médica. Debería tener a alguien, que no sea su agente, para hacer de testigo en la firma del poder notarial. Al optar por un agente, debería elegir:

- Un familiar o amigo que sea mayor de 18 años
- Alguien que lo conozca bien
- Alguien en quien confía que hará lo que usted querría
- Alguien que se sienta cómodo para consultar y cuestionar a sus médicos y proveedores
- Alguien que no se vea demasiado afectado por la situación como para llevar a cabo sus deseos si usted estuviera muy enfermo
- Alguien con quien pueda contar cuando lo necesite y que esté dispuesto a aceptar este rol importante

Al elegir un agente, es importante conversar con él y con su familia sobre temas como los siguientes:

- ¿Qué es importante para usted en su vida?
- ¿Qué tan importante es para usted evitar el dolor y el sufrimiento?
- Si tuviera que elegir, ¿es más importante vivir lo más que pueda o evitar el sufrimiento o discapacidad a largo plazo?
- ¿Preferiría pasar los últimos días o semanas de vida en su casa o en el hospital?
- ¿Tiene creencias religiosas, espirituales o culturales que quisiera que su agente u otras personas sepan?
- ¿Desea contribuir a las ciencias médicas después de su muerte mediante la donación de órganos o de su cuerpo entero?
- ¿Tiene alguna directiva anticipada existente de sus deseos específicos sobre la atención médica?

Los tipos de decisiones que puede tomar su agente de atención médica son amplios.

Por ejemplo, algunas de las acciones que su agente podría tomar son:

- Consultar con los proveedores sobre su estado de salud
- Ver sus registros médicos y aprobar quién más puede verlos
- Autorizar pruebas médicas, medicamentos, cirugías y otros tratamientos
- Elegir dónde recibirá la atención y qué proveedores la brindarán
- Decidir aceptar, retirar o rechazar tratamientos diseñados para mantenerlo con vida si está cerca de morir o si es poco probable que se recupere
- Aceptar o rechazar la donación de sus órganos o de su cuerpo entero si aún no tomó esa decisión
- Decidir qué hacer con sus restos después de su fallecimiento, si aún no hizo ningún plan al respecto
- Hablar con otros de sus seres queridos para ayudar a tomar una decisión

A menos que incluya límites de tiempo, el poder notarial de atención médica seguirá en vigencia desde el momento de la firma hasta su fallecimiento. Puede cancelar su poder notarial en cualquier momento, ya sea haciéndoselo saber a alguien o cancelándolo por escrito. Puede nombrar un agente de respaldo si el primero no puede o no quiere actuar como tal. No puede nombrar a dos agentes para que actúen al mismo tiempo. Si quiere modificar su poder notarial, debe hacerlo por escrito. Puede utilizar un formulario de poder notarial de atención médica estándar o escribir su propia versión.

Si no elige un agente de atención médica o no puede tomar sus propias decisiones de atención médica y no ha nombrado un agente por escrito, sus proveedores le pedirán a un familiar, amigo o tutor que tome las decisiones por usted. En Illinois, la ley indica a quién se le pedirá que ayude. Hay varios motivos por los que es recomendable elegir un agente, en vez de dejar que lo haga el estado, por ejemplo:

- Es posible que las personas indicadas por ley no sean quien usted desea que tome las decisiones por usted.
- Es posible que algunos familiares o amigos no puedan o no estén dispuestos a tomar las decisiones como usted quisiera.
- Es posible que los familiares y amigos no se pongan de acuerdo sobre el tema que haya que decidir.
- En algunas circunstancias, es posible que un sustituto no pueda tomar el mismo tipo de decisiones que un agente.

Una vez que haya completado el formulario del Poder notarial duradero de atención médica, deberá:

- Firmar el formulario ante un testigo que sea mayor de 18 años
- Pedirle al testigo que también lo firme
- No hay necesidad de certificar el formulario por notario
- Entregarle una copia a su agente y a cada uno de sus agentes de respaldo
- Entregarle otra copia a su médico
- Llevar una copia cuando vaya al hospital

- Conservar una copia para usted en un lugar seguro
- Mostrársela a sus familiares y amigos, y a otras personas que cuiden de usted

II. Declaración de testamento en vida

Un **testamento en vida** le indica a su profesional de atención médica si quiere que se usen procedimientos para retrasar la muerte si tiene una *enfermedad terminal* y no es capaz de comunicar sus deseos. Un testamento en vida, a diferencia de un poder notarial de atención médica, solo se aplica si tiene una enfermedad terminal. Una *enfermedad terminal* es una enfermedad incurable e irreversible que pronto le producirá la muerte y cualquier procedimiento para retrasar la muerte solo serviría para prolongar el proceso de agonía.

Aunque firme un testamento en vida, no se le podrá negar agua y alimento si esa sería la única causa de muerte. Además, si está embarazada y el profesional de atención médica considera que podría dar a luz a un bebé vivo, su testamento en vida no entrará en vigencia.

Puede utilizar un formulario de testamento en vida estándar o escribir su propia versión. Puede escribir indicaciones específicas sobre los procedimientos para retrasar la muerte que quiera o que no quiera. Dos personas deben ser testigos de la firma del testamento en vida. El profesional de atención médica no puede actuar como testigo. Es su responsabilidad indicarle al profesional de atención médica si tiene un testamento en vida, si tiene la capacidad de hacerlo. Puede cancelar su testamento en vida en cualquier momento, ya sea haciéndoselo saber a alguien o cancelándolo por escrito.

Si tiene un poder notarial de atención médica además de un testamento en vida, el agente que indique en el poder notarial tomará las decisiones de atención médica a menos que no se encuentre disponible.

III. Declaración de preferencia de tratamiento de salud mental

Una **Declaración de preferencia de tratamiento de salud mental** le permite establecer si quiere recibir tratamiento electroconvulsivo (TEC) o medicamentos psiquiátricos cuando tenga una enfermedad mental y no pueda tomar estas decisiones por su cuenta. También le permite establecer si desea que lo admitan en un hospital de salud mental durante un máximo de 17 días de tratamiento.

Puede escribir sus preferencias o elegir a alguien para que tome las decisiones de salud mental por usted. En la declaración, usted es el “mandante” y la persona que elige es el “agente”. Ni el profesional de atención médica ni ningún empleado del centro de atención médica en el que lo admitan podrá ser su apoderado. A diferencia del Poder notarial de atención médica, su apoderado debe aceptar el nombramiento por escrito antes de poder comenzar a tomar decisiones sobre su tratamiento de salud mental. El apoderado debe tomar una decisión acorde a lo que usted haya escrito en su declaración, a menos que un tribunal ordene lo contrario o que ocurra una emergencia que ponga en riesgo su salud o su vida.

Su declaración de preferencia de tratamiento de salud mental vence tres años después de la fecha en que la haya firmado. Dos personas deben ser testigos de su firma de la declaración. Las siguientes personas no tienen permitido ser testigos de su firma de la declaración: su profesional de atención médica, un empleado del centro de atención médica en el que lo admitan o un familiar con relación por consanguinidad, matrimonio o adopción. Puede cancelar su declaración por escrito antes del vencimiento si no está recibiendo tratamiento de salud mental al momento de la cancelación. Si está recibiendo tratamiento de salud mental, su declaración no tendrá vencimiento, y usted no podrá cancelarla hasta que termine el tratamiento satisfactoriamente y que los médicos estén de acuerdo en que usted puede tomar la decisión por sí mismo.

IV. Órdenes del médico para el tratamiento de soporte vital (POLST)

Puede consultarle a su proveedor sobre las Órdenes del médico para el tratamiento de soporte vital (POLST). Una POLST es una directiva anticipada que establece que no se puede utilizar reanimación cardiopulmonar (RCP) si deja de respirar o su corazón deja de latir. También se puede utilizar para dejar asentados sus deseos sobre el tratamiento de soporte vital. La POLST se traslada con usted desde su casa a cualquier lugar donde vaya, y todos los proveedores de atención médica deben cumplirla. El Departamento de Salud Pública publicó una POLST que se puede descargar en la siguiente página web: <http://www.dph.illinois.gov/sites/default/files/forms/polst-051717.pdf>.

Esta página web también ofrece un vínculo de orientación para personas, profesionales de atención médica y proveedores de atención médica sobre la POLST.

La POLST puede completarse por un médico, residente de segundo año o superior, enfermero especializado y asistente de médicos. La POLST requiere su firma o la de su representante legal autorizado (su tutor legal, apoderado de atención médica o sustituto de atención médica), así como la firma del médico que lo atiende y un testigo adulto mayor de 18 años. La POLST no se ingresará a su registro médico, a menos que contenga todas las firmas requeridas. Puede solicitarle a su proveedor que lo ayude a preparar la POLST.

V. ¿Qué sucede si no tengo directivas anticipadas?

Si no puede tomar decisiones de atención médica por su cuenta y no tiene una directiva anticipada, es posible que se le elija un “sustituto” en su nombre. Conforme a la ley de Illinois, dos médicos deben certificar que usted no puede tomar decisiones de atención médica por su cuenta antes de que se le pueda nombrar un sustituto de atención médica. Un sustituto de atención médica puede ser una de las siguientes personas (en orden de prioridad): su tutor legal, su cónyuge, un hijo adulto, uno de sus padres, uno de sus hermanos, un nieto adulto, un amigo cercano o un tutor legal del estado.

Si bien su sustituto de atención médica puede tomar la mayoría de las decisiones de atención médica por usted, hay algunas que no puede tomar. Por ejemplo, un sustituto de atención médica no puede indicarle al profesional de atención médica la retención o rechazo del tratamiento de soporte vital a menos que usted tenga una “condición de admisibilidad”. Una condición de admisibilidad puede ser (1) una “enfermedad terminal” (una lesión incurable e irreversible de la cual es poco probable que se recupere, que pronto le producirá la muerte y que ningún tratamiento será de utilidad); (2) “inconsciencia permanente” (una condición que los médicos aseguren que será permanente, sin posibilidad de mejoría; usted no demuestra que puede pensar, interactuar con otra persona o estar al tanto de lo que ocurre a su alrededor, y brindarle un tratamiento de soporte vital solo tendrá un beneficio médico muy leve), o (3) una “enfermedad incurable o irreversible” (una enfermedad o lesión de la cual no hay posibilidad razonable de que se recupere, que le causará la muerte, que le causa gran dolor o sufrimiento, y ningún tratamiento será de utilidad). Dos médicos deben certificar que usted tiene una de estas condiciones de admisibilidad.

También hay límites en cuanto a las decisiones que puede tomar un sustituto de atención médica sobre el tratamiento de salud mental. Un sustituto de atención médica, que no sea un tutor nombrado por un tribunal, no puede brindar su consentimiento para que usted reciba determinados tratamientos de salud mental, como el tratamiento con terapia electroconvulsiva (TEC), medicamentos psiquiátricos o admisión en un centro de salud mental. El sustituto de salud mental puede recurrir al tribunal para permitir estos servicios de salud mental.

Para evitar estos límites, le recomendamos que considere tener directivas anticipadas.

VI. Notas finales

Debe consultar con su familia, su profesional de atención médica, su abogado y cualquier agente o apoderado que designe sobre su decisión de dar directivas anticipadas. Si conocen la atención médica que usted quiere, les será más fácil cumplir sus deseos. Si usted cancela o cambia una directiva anticipada en el futuro, recuerde informarles a esas mismas personas sobre el cambio o la cancelación.

Ningún centro de atención médica, profesional de atención médica o aseguradora puede obligarlo a establecer una directiva anticipada para brindarle un tratamiento o seguro. La decisión depende completamente de usted. Si un centro de atención médica, profesional de atención médica o aseguradora no quiere cumplir su directiva anticipada, debe informárselo a usted o a la persona que tome las decisiones en su nombre. Deberán seguir brindándole atención hasta que usted o la persona que tome las decisiones en su nombre pueda derivarlo a otro proveedor de atención médica que cumpla las órdenes de su directiva anticipada.

RUSH UNIVERSITY MEDICAL CENTER
PODER NOTARIAL DE ATENCIÓN MÉDICA
POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Medical Record #: _____

Place Patient Label

Adv Directive-P
Durable Power of Attorney



IDN13150042

MI PODER NOTARIAL DE ATENCIÓN MÉDICA

**ESTE PODER NOTARIAL REVOCA TODOS LOS PODERES
NOTARIALES DE ATENCIÓN MÉDICA ANTERIORES.**

Mi nombre (su nombre completo en letra de imprenta): _____

Mi dirección: _____

DESEO QUE LA SIGUIENTE PERSONA SEA MI AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA
(un agente es su representante personal según la ley estatal y federal):

(Nombre del agente) _____

(Dirección del agente) _____

(Número de teléfono del agente) _____

**MI AGENTE PUEDE TOMAR DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA
EN MI NOMBRE, ENTRE LAS QUE SE INCLUYEN:**

- (i) Decidir aceptar, retirar o rechazar el tratamiento de cualquier afección física o mental que presente, incluidas las decisiones de vida o muerte.
- (ii) Aceptar mi admisión o darme de alta de cualquier hospital, hogar u otra institución, incluido un centro de salud mental.
- (iii) Tener acceso total a mis registros médicos y de salud mental, y compartirlos con otros según sea necesario, incluso después de que yo fallezca.
- (iv) Llevar a cabo los planes que haya hecho o, si aún no lo hice, tomar decisiones sobre mi cuerpo o restos, incluida la donación de órganos, tejidos o de la totalidad del cuerpo, autopsia, cremación y entierro.

El otorgamiento de poder indicado arriba tiene el propósito de ser lo más amplio posible de manera que mi agente tenga la autoridad de tomar cualquier decisión que yo pudiera hacer para obtener o concluir cualquier tipo de atención médica, incluso el retiro de nutrición e hidratación, y otras medidas de soporte vital.

AUTORIZO A MI AGENTE A: (marcar una sola casilla; si marca más de una casilla o no marca ninguna, se implementará la instrucción de la primera casilla a continuación).

- Tomar decisiones en mi nombre únicamente cuando no pueda tomarlas por mí mismo. El médico o médicos que se ocupen de mí determinarán el momento en que ya no tenga esta capacidad.
(Si no se marca ninguna casilla, se implementará esta casilla).
- Tomar decisiones en mi nombre únicamente cuando no pueda tomarlas por mí mismo. El médico o médicos que se ocupen de mí determinarán el momento en que ya no tenga esta capacidad. A partir de ahora, con el propósito de ayudarme con mis planes y decisiones de atención médica, mi agente tendrá acceso pleno a mis registros médicos y de salud mental, la autoridad para compartirlos con otras personas, según sea necesario, y la capacidad plena para comunicarse con mi médico o médicos personales y con otros proveedores de atención médica, incluida la facultad de solicitar la opinión de mi médico sobre mi incapacidad de tomar decisiones por mí mismo.
- Tomar las decisiones por mí a partir de ahora y después de que ya no pueda hacerlo por mí mismo. Mientras tenga la capacidad de tomar mis propias decisiones, puedo seguir haciéndolo si lo deseo.

TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL

El tema del tratamiento de soporte vital es de particular importancia. Los tratamientos de soporte vital pueden incluir alimentación por sonda, respiradores y RCP. En general, al momento de tomar decisiones sobre tratamientos de soporte vital, se le indica a su agente que considere el alivio del sufrimiento, la calidad y también la posible prolongación de su vida, y los deseos que usted haya expresado con anterioridad. Su agente evaluará las cargas en relación con los beneficios de los tratamientos propuestos al tomar decisiones en su nombre.

A continuación, se describen declaraciones adicionales sobre la suspensión o retención del tratamiento de soporte vital. Estas pueden servirle de guía a su agente cuando tenga que tomar decisiones por usted. Consulte con su médico o proveedor de atención médica si tiene alguna pregunta sobre estas declaraciones. **SELECCIONE ÚNICAMENTE LA DECLARACIÓN QUE MEJOR EXPRESE SUS DESEOS (opcional):**

- La calidad de vida es más importante para mí que la duración de la vida. Si estoy inconsciente y el médico que me atiende considera que, de acuerdo a los estándares médicos razonables, no me despertaré o no recuperaré mi capacidad de pensar, comunicarme con mis familiares y amigos, y experimentar mi entorno, no deseo tratamientos que prolonguen mi vida o demoren mi muerte, pero sí quiero recibir tratamiento o atención médica para estar más cómodo y aliviarme el dolor.
- Estar vivo es más importante para mí, independientemente de lo enfermo que esté, cuánto esté sufriendo, el costo de los procedimientos o qué tan improbable sea mi recuperación. Quiero que me prolonguen la vida lo máximo posible de acuerdo con los estándares médicos razonables.

LIMITACIONES ESPECÍFICAS A LA AUTORIDAD DE MI AGENTE PARA TOMAR DECISIONES:

El otorgamiento de poder indicado arriba tiene el propósito de ser lo más amplio posible de manera que su agente tenga la autoridad de tomar cualquier decisión que usted pudiera hacer para obtener o concluir cualquier tipo de atención médica. Si desea limitar el alcance de las facultades de su agente, prescribir reglas especiales o limitar la facultad para autorizar una autopsia o disponer de los restos, puede hacerlo de manera específica en este formulario.

DEBE FIRMAR ESTE FORMULARIO Y UN TESTIGO TAMBIÉN DEBE FIRMARLO PARA QUE SEA VÁLIDO.

Mi firma: _____ Fecha de hoy: _____

HAGA QUE EL TESTIGO COMPLETE LO SIGUIENTE Y FIRME:

Soy mayor de 18 años y (marque una de las siguientes opciones):

- Fui testigo de que el mandante firmó este documento, o
- El mandante me informó que la firma o marca en el espacio de firma del mandante es suya.

No soy el agente ni agente sucesor nombrado en este documento. No soy pariente del mandante, agente o agente sucesor por sangre, matrimonio o adopción. No soy médico ni proveedor de servicios de salud mental del mandante, ni pariente de ninguna de esas personas. No soy dueño ni operador (ni pariente del dueño u operador) del centro de atención médica del que el mandante es paciente o residente.

Nombre del testigo en letra de imprenta: _____

Dirección del testigo: _____

Firma del testigo: _____ Fecha de hoy: _____

AGENTE(S) SUCESOR(ES) DE ATENCIÓN MÉDICA (opcional):

Si el agente que seleccioné no está dispuesto o está incapacitado, incluso si no se encuentra disponible, no se decide o haya fallecido, entonces solicito que la persona o personas que nombro a continuación sean mis agentes sucesores de atención médica. Solo una persona a la vez puede actuar como mi agente (agregue otra página si desea añadir más nombres de agentes sucesores):

(Agente sucesor n.º 1, nombre, dirección y número de teléfono)

(Agente sucesor n.º 2, nombre, dirección y número de teléfono)

DECLARACIÓN DE TESTAMENTO EN VIDA
LIVING WILL DECLARATION

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Medical Record #: _____

Place Patient Label

Advance Directive-P
Living Will Declaration



IDN13150001

Esta declaración se efectúa a los _____ días del mes de _____, 20 _____

(mes, año). Yo, _____, en pleno uso de mis facultades mentales, intencional y voluntariamente hago saber mi deseo de que el momento de mi muerte no se posponga de forma artificial.

Si, en algún momento, yo padeciera una lesión, afección o enfermedad incurable e irreversible que constituyera una condición terminal a juicio del médico que me atienda, que me haya examinado personalmente y que haya determinado que mi muerte es inminente a menos que se empleen procedimientos para retardarla, ordeno que no se apliquen o que se suspendan aquellos procedimientos que solo prolongarían el proceso de agonía, y que se me permita morir de forma natural, solamente con la administración de los medicamentos, las sustancias o los procedimientos médicos que el médico que me atienda considere necesarios para brindarme como cuidado paliativo.

En el caso de que no sea capaz de dar indicaciones relacionadas con el uso de los procedimientos para prolongar la vida, es mi intención que mi familia y el médico honren esta declaración como la expresión final de mi derecho legal de rechazar tratamiento médico o quirúrgico y de aceptar las consecuencias de tal rechazo.

Firmado _____

Ciudad, condado y estado de residencia _____

Conozco personalmente al declarante y doy fe de que está en pleno uso de sus facultades mentales. No firmé la firma del declarante que figura arriba bajo la dirección de este. A la fecha del presente instrumento, no soy acreedor a ninguna porción de los bienes del declarante conforme a la ley de sucesiones ab intestato o, según mi leal saber y entender, conforme a ningún testamento del declarante u otro instrumento que entre en vigencia tras el fallecimiento del declarante, ni tengo responsabilidad financiera directa por la atención médica del declarante.

Testigo _____

Testigo _____

RUSH UNIVERSITY MEDICAL CENTER
**DECLARACIÓN DE PREFERENCIA DE
TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**

DECLARATION FOR MENTAL HEALTH TREATMENT PREFERENCE

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

Medical Record #: _____

Place Patient Label

Advance Directives



IDN600022

Yo, _____, como adulto en pleno uso de mis facultades mentales, intencional y voluntariamente hago esta declaración para que se siga un tratamiento de salud mental si dos médicos o un tribunal determinan que mi capacidad para recibir y evaluar información de forma eficaz o para comunicar decisiones se ve deteriorada de tal manera que no sea capaz de rechazar o brindar mi consentimiento para el tratamiento de salud mental. “Tratamiento de salud mental” se refiere a la terapia electroconvulsiva, medicamentos psicotrópicos, y la admisión y retención en un centro de atención médica durante un máximo de 17 días de tratamiento de una enfermedad mental.

Entiendo que puedo volverme incapaz de brindar o rechazar el consentimiento informado para el tratamiento de salud mental debido a los síntomas de un trastorno mental diagnosticado. Estos síntomas pueden incluir:

MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS

Si me vuelvo incapaz de brindar o rechazar el consentimiento informado para el tratamiento de salud mental, mis deseos sobre los medicamentos psicotrópicos son los siguientes (seleccionar la opción que corresponda):

_____ Doy mi consentimiento para la administración de medicamentos psicotrópicos.

_____ Doy mi consentimiento para la administración de medicamentos psicotrópicos, excepto los siguientes:

_____ Doy mi consentimiento solamente para la administración de los siguientes medicamentos psicotrópicos:

_____ No doy mi consentimiento para la administración de ningún medicamento psicotrópico.

Condiciones o limitaciones:

TRATAMIENTO ELECTROCONVULSIVO

Si me vuelvo incapaz de brindar o rechazar el consentimiento informado para el tratamiento de salud mental, mis deseos sobre el tratamiento electroconvulsivo son los siguientes (seleccionar la opción que corresponda):

_____ Doy mi consentimiento para la administración de tratamiento electroconvulsivo.

_____ No doy mi consentimiento para la administración de tratamiento electroconvulsivo.

Condiciones o limitaciones:

--

ADMISIÓN Y RETENCIÓN EN UN CENTRO

Si me vuelvo incapaz de brindar o rechazar el consentimiento informado para el tratamiento de salud mental, mis deseos sobre la admisión y retención en un centro de atención médica para recibir tratamiento de salud mental son los siguientes (seleccionar la opción que corresponda):

_____ Doy mi consentimiento para que me admitan en un centro de atención médica para recibir tratamiento de salud mental. (Esta directiva no puede, por ley, brindar consentimiento para retenerme en un centro durante más de 17 días).

_____ No doy mi consentimiento para que me admitan en un centro de atención médica para recibir tratamiento de salud mental.

Condiciones o limitaciones:

--

NOMBRAMIENTO DE UN APODERADO

Nombro a la persona indicada a continuación para actuar como mi apoderado para tomar decisiones sobre mi tratamiento de salud mental si me vuelvo incapaz de brindar o rechazar el consentimiento informado para ese tratamiento. Mi apoderado está autorizado a tomar decisiones acordes a los deseos que expreso en la presente declaración o, si no los expreso, que mi apoderado conozca de otro modo. Si no expreso mis deseos y mi apoderado no los conoce de otro modo, mi apoderado deberá actuar según lo que considere que es mejor para mí.

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

En caso de que esta persona se rehúse a actuar en mi nombre o no pueda hacerlo, o en caso de que yo revoque la autoridad de dicha persona para actuar como mi apoderado, autorizo a la siguiente persona a actuar en tal carácter:

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

ACEPTACIÓN DEL NOMBRAMIENTO COMO APODERADO

Acepto este nombramiento y acuerdo actuar como apoderado para tomar decisiones de salud mental para el mandante. Entiendo que tengo el deber de actuar conforme a los deseos del mandante según lo expresado en este nombramiento. Entiendo que este documento me da la autoridad de tomar decisiones sobre tratamiento de salud mental solo mientras esté determinado que el mandante esté incapacitado, según lo determine un tribunal o dos médicos. Entiendo que el mandante puede revocar esta declaración en su totalidad o en parte en cualquier momento y de cualquier manera cuando el mandante no esté incapacitado.

(Firma del apoderado / Fecha)

(Nombre en letra de imprenta)

(Firma del apoderado alternativo / Fecha)

(Nombre en letra de imprenta)

SELECCIÓN DEL MÉDICO

Si fuera necesario tener que determinar si me he vuelto incapaz de brindar o rechazar el consentimiento informado para el tratamiento de salud mental, elijo al médico indicado a continuación para que sea uno de los dos médicos que determinarán si estoy incapacitado. Si ese médico no se encuentra disponible, la persona que el médico designe determinará si estoy incapacitado.

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

INSTRUCCIONES O CONDICIONES ADICIONALES

Al haber elegido mis preferencias para el tratamiento de salud mental, por medio del presente declaro que leí y entendí en su totalidad todas las condiciones establecidas en este formulario, que vencerá dentro de tres (3) años después de que lo complete con mi firma y la firma de dos (2) testigos a continuación:

(Firma del mandante / Fecha)

(Nombre del mandante en letra de imprenta)

AFIRMACIÓN DE LOS TESTIGOS

Afirmamos que conocemos personalmente al mandante, que el mandante firmó o ratificó su firma en la presente declaración de tratamiento de salud mental en nuestra presencia, que el mandante parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y no bajo coacción, fraude o influencia indebida, que ninguno de nosotros es: una persona nombrada como apoderado en este documento; el médico que atiende al mandante o su proveedor de servicios de salud mental, o un pariente de dicho médico o proveedor; dueño, operador o pariente del dueño u operador de un centro del que el mandante sea paciente o residente; o una persona con relación de cosanguinidad, matrimonio o adopción con el mandante.

(Firma del testigo / Fecha)

(Nombre del testigo en letra de imprenta)

(Firma del testigo / Fecha)

(Nombre del testigo en letra de imprenta)

REVOCACTION

Entiendo que tengo derecho a revocar este documento en su totalidad o en parte en cualquier momento en que un médico determine que soy capaz de brindar o rechazar el consentimiento informado para el tratamiento de salud mental. La revocación entra en vigencia al comunicarla por escrito a al médico que me atiende y al estar firmada tanto por mí como por el médico.

Yo, _____, intencional y voluntariamente revoco mi declaración para el tratamiento de salud mental según lo indicado:

_____ Revoco mi declaración en su totalidad.

_____ Revoco la siguiente parte de mi declaración:

(Firma del mandante / Fecha)

Yo, el médico que suscribe, evalué al mandante y determiné que es capaz de brindar o rechazar el consentimiento informado para el tratamiento de salud mental.

(Firma del médico / Fecha)

(Nombre en letra de imprenta)



Estado de Illinois
Departamento de Salud Pública de Illinois

FORMULARIO UNIFORME DE ÓRDENES MÉDICAS PARA TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL (POLST) DEL IDPH

En el caso de los pacientes, el uso de este formulario es completamente voluntario. Siga estas órdenes hasta que sean modificadas. Estas órdenes médicas se basan en la condición médica y las preferencias del paciente. Cada sección sin completar no invalida el formulario e implica iniciar todo el tratamiento para esa sección. Si la condición cambia de manera significativa es posible que se tengan que escribir nuevas órdenes.

Apellido del paciente	Nombre del paciente	Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección (calle/ciudad/estado/código postal)		

A RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) Si el paciente no tiene pulso y no respira.

Marque uno Intente la resucitación/RCP No intente la resucitación/ONR
(Seleccionar RCP significa que se ha seleccionado el **Tratamiento completo** en la Sección B)

Cuando no ocurra un paro cardiorrespiratorio, siga las órdenes B y C.

B INTERVENCIONES MÉDICAS Si el paciente es encontrado con pulso y/o está respirando.

Marque uno (opcional) **Tratamiento completo: Objetivo principal de mantener la vida a través de medios indicados médicamente.** Además del tratamiento que se describe en los puntos Tratamiento selectivo y Tratamiento centrado en el confort, use la intubación, la ventilación mecánica y la cardioversión según se indica. *Transferir al hospital y/o a la unidad de cuidados intensivos si se indica.*

Tratamiento selectivo: El objetivo principal es tratar las condiciones médicas con medidas médicas seleccionadas. Además del tratamiento que se describe en el Tratamiento centrado en el confort, use el tratamiento médico, líquidos intravenosos y medicaciones intravenosas (puede incluir antibióticos y vasopresores), según sea adecuado médicamente y de acuerdo con las preferencias del paciente. No intube. Puede considerar un soporte de las vías respiratorias menos invasivo (por ejemplo, CPAP, BiPAP). *Transferir al hospital, si es indicado. En general se tiene que evitar la unidad de cuidados intensivos.*

Tratamiento centrado en el confort: Objetivo principal de maximizar el confort. Aliviar el dolor y el sufrimiento a través del uso de medicación por cualquier vía según sea necesario; usar oxígeno, aspiración y tratamiento manual de la obstrucción de las vías respiratorias. No se deben usar los tratamientos que se incluyen en el Tratamiento completo y selectivo, a menos que sea coherente con el objetivo de confort. **Solicitar transferencia al hospital sólo si las necesidades de confort no se pueden cubrir en la ubicación actual.**

Órdenes adicionales opcionales _____

C ALIMENTACIÓN ADMINISTRADA MÉDICAMENTE (si es indicado médicamente) Ofrecer alimentos por boca, si es viable y según lo desee el paciente.

Marque uno (opcional) Alimentación administrada médicamente a largo plazo, incluyendo sondas de alimentación. **Instrucciones adicionales (por ejemplo, duración del período de prueba)**

Período de prueba de la alimentación administrada médicamente, incluyendo sondas de alimentación. _____

Ningún medio de alimentación administrada médicamente, incluyendo sondas de alimentación. _____

D DOCUMENTACIÓN DE LA DISCUSIÓN (Marque todas las casillas correspondientes a continuación)

Paciente Agente bajo poder legal para tratamiento médico

Padre del menor Responsable sustituto de la toma de decisiones sobre la salud (Ver en la Página 2 la lista de prioridades)

Firma del paciente o del representante legal

Firma (obligatorio)	Nombre (<i>letra de imprenta</i>)	Fecha
_____	_____	_____

Firma del testigo del consentimiento (Se requiere un testigo para que un formulario sea válido)
Tengo 18 años o más y reconozco que la persona mencionada arriba ha tenido la oportunidad de leer este formulario y ha sido testigo del otorgamiento de consentimiento por parte de la persona mencionada arriba o la persona mencionada arriba ha reconocido su firma o marca en este formulario ante mi presencia.

Firma (obligatorio)	Nombre (<i>letra de imprenta</i>)	Fecha
_____	_____	_____

E Firma del profesional médico autorizado (médico, residente con licencia (segundo año o más avanzado), enfermera de práctica avanzada o asociado médico)

Mi firma a continuación indica que, según mi leal saber y entender, estas órdenes son consistentes con la condición médica y las preferencias del paciente.

Nombre del profesional médico autorizado en letra de imprenta (obligatorio)	Teléfono
_____	() _____ - _____
Firma del profesional médico (obligatorio)	Fecha (obligatorio)
_____	_____

****ESTE LADO ES SÓLO PARA FINES INFORMATIVOS****

Apellido del paciente	Nombre del paciente	Inicial del segundo nombre
-----------------------	---------------------	----------------------------

El uso del Formulario de Órdenes médicas para tratamiento de soporte vital (POLST, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud Pública de Illinois (IDPH, por sus siglas en inglés) siempre es voluntario. Esta orden registra sus deseos de tratamiento médico en su estado de salud actual. Una vez iniciado el tratamiento médico y cuando los riesgos y beneficios de terapia adicional estén claros, sus deseos con respecto al tratamiento pueden cambiar. Su atención médica y este formulario pueden cambiarse en cualquier momento para reflejar sus nuevos deseos. Sin embargo, ningún formulario puede abarcar todas las decisiones sobre tratamiento médico que se pudieran tener que tomar. La Directiva anticipada de poder legal para tratamiento médico (POAHC, por sus siglas en inglés) se recomienda para todos los adultos capaces, sin importar cuál sea su estado de salud. Una POAHC le permite documentar, en detalle, sus instrucciones futuras sobre atención médica y nombrar a un representante legal para que hable en su nombre si usted no está en condiciones de hablar por usted mismo.

Información sobre la directiva anticipada

También tengo las siguientes directivas anticipadas (OPCIONAL)

- Poder legar para tratamiento médico Declaración de testamento vital Declaración de preferencia de tratamiento de salud mental

Nombre de la persona de contacto	Número de teléfono del contacto
----------------------------------	---------------------------------

Información para el profesional de la salud

Nombre del preparador	Número de teléfono
Puesto del preparador	Fecha de preparación

Cómo completar el Formulario POLST del IDPH

- **Completar un formulario POLST siempre es un acto voluntario, no puede ser obligatorio y se puede cambiar en cualquier momento.**
- Un POLST debe reflejar las preferencias actuales de las personas que completan el formulario POLST; se debe animar a la persona a que complete una POAHC.
- Las órdenes verbales/telefónicas son aceptables con una firma de seguimiento de un profesional médico autorizado de acuerdo con las políticas del centro de atención médica/comunidad.
- Se alienta el uso del formulario original. Las fotocopias y faxes en cualquier color de papel también son formularios legales y válidos.

Revisión de un formulario POLST

Este formulario POLST debe ser revisado periódicamente y se deben tener en cuenta los deseos y las necesidades continuos del paciente. Estos incluyen:

- transferencias desde un ámbito de atención médica o nivel de atención a otro;
- cambios en el estado de salud del paciente o en su uso de dispositivos implantables (p. ej. los DCI (desfibrilador cardioversor implantable) o estimuladores cerebrales);
- el tratamiento continuo y las preferencias del paciente; y
- un cambio en el profesional de atención primaria del paciente.

Anulación o revocación de un formulario POLST

- Un paciente capaz puede anular o revocar el formulario, y/o solicitar un tratamiento alternativo.
- Cambiar, modificar o revisar un formulario POLST requiere completar un nuevo formulario POLST.
- Trace una línea a través de las secciones A hasta E y escriba "VOID" (ANULAR) en la página si algún formulario POLST es reemplazado o deja de ser válido. Debajo de la palabra "VOID" escriba la fecha del cambio y vuelva a firmar.
- Si está incluido en una historia clínica electrónica, siga todos los procedimientos de anulación del centro de atención médica.

Orden de prioridad de la Ley sobre los sustitutos para la toma de decisiones sobre la atención médica de Illinois (755 ILCS 40/25)

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1. Tutor del paciente | 5. Hermano adulto |
| 2. Cónyuge o pareja de una unión civil registrada del paciente | 6. Nieto adulto |
| 3. Hijo adulto | 7. Amigo cercano del paciente |
| 4. Padre | 8. Tutor de los bienes del paciente |

Para más información, visite la Declaración de la legislación de Illinois del IDPH en <http://dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives>

LA LEY HIPAA (LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO MÉDICO de 1996) PERMITE LA DIVULGACIÓN A PROFESIONALES DE LA SALUD SEGÚN SEA NECESARIO PARA EL TRATAMIENTO