



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

Rush University System for Health (“RUSH”) 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 RUSH 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 SYSTEM FOR HEALTH
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)