



# Elecciones Personales

*Comunicando sus Decisiones  
Sobre Cuidado de la Salud*

*Si desea información adicional o ayuda sobre las Directivas,  
llame por favor a alguno de los siguientes:*

*Patient Relations - 670-2915*

*Case Management - 670-2412*

*Pastoral Care - 670-2256*



*1900 Pine Street • Abilene, Texas 79601*

## **CÓMO COMUNICAR SUS ELECCIONES DE ATENCIÓN DE LA SALUD**

Las personas por lo general toman decisiones con relación a sus tratamientos de cuidado de la salud después de que su médico recomienda un tipo de tratamiento y les ofrece información sobre el tratamiento. Estas decisiones pueden hacerse más difíciles, incluso, si el paciente se vuelve incapaz de decirle a su médico o a sus seres queridos qué tipo de tratamiento quiere para el cuidado de la salud. A través de documentos, conocidos como directivas por adelantado, los individuos asegurándose así que sus deseos sean llevados a cabo y que sus familias y otros no tengan que enfrentar la situación de tomar estas difíciles decisiones.

Este folleto le presentará algunos hechos básicos sobre sus derechos como paciente. Usted puede obtener más información de su médico o enfermera.

### **UNA HISTORIA CORTA**

Desde los principios de 1970, muchos casos involucrando el uso del sistema de apoyo de vida han llegado hasta las cortes. Las preguntas principales rodeando cada caso son: 1) Si el sistema de apoyo de vida sirve para prolongar vida o a prolongar sufrimiento antes de la muerte inevitable y 2) Quien tiene el derecho a decidir si se continua o se suspenden terapias particulares.

Una comisión presidencial de 1980 reconoció que cada uno de nosotros somos diferentes y únicos, que la decisión ira a variar de persona en persona. Pueden ser basados en una combinación de factores, incluyendo el estilo de vida que usted lleve, morales religiosos, punto de vista moral, y sobre experiencias pasadas. La comisión se enfatizo de que es su derecho como paciente de ser adecuadamente informado por su medico en lo que escoja y a decidir que tipo de tratamiento usted desea recibir. Decisiones de aceptar o rechazar terapias de sustento de vida deben ser hechas voluntariamente por pacientes competentes e informados, o si el paciente no puede o es incompetente, por otra persona apropiada e informada actuando por el paciente.

### **EN EL SISTEMA DE HENDRICK**

Cada paciente en Hendrick va a recibir vida artificial, incluyendo RCP, a menos que un orden no ser resucitado (para resucitar de muerto aparente) se ha hecho. Esta decisión se llama un orden "no codigo" y se ha decidido después de una discusión entre el doctor, el paciente competente y/u otras persona involucradas en el proceso. Manteniendo con las leyes privadas federales y del estado, es la responsabilidad del doctor para informar a las personas involucradas el diagnosis del paciente y la posibilidad de recuperación.

### **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO**

#### **Consentimiento Mediante Información**

Usted tiene el derecho de decidir qué se le va a hacer a su cuerpo durante el curso de un tratamiento médico. Su médico hablará con usted de la naturaleza de su condición, el tratamiento propuesto y cualquier procedimiento alterno que se encuentre disponible. Además, su médico, le proporcionará la información relacionada con los riesgos asociados con ciertos procedimientos médicos. Esta información le ayudará a tomar una decisión bien pensada sobre el tipo de tratamiento que usted desea recibir.

### **SUBSTITUTO PARA TOMAR DECISIONES**

Si usted se vuelve incapaz de tomar sus propias decisiones en cuanto atención médica y no tiene un tutor legal o alguien designado bajo un Poder Legal para Asuntos Médicos, ciertos miembros de su familia y otras personas pueden tomar decisiones sobre tratamiento médico por usted, en ese caso.

### **ASPECTOS LEGALES DE LAS DIRECTORIOS POR ADELANTADO**

Una directiva por adelantado no necesita estar notariada. Ni este hospital ni su médico requerirán que usted realice una directiva por adelantado como condición para que sea admitido o que reciba tratamiento en este u otro hospital. El hecho de que usted haya afectuado una directiva por adelantado no afectará ninguna póliza de seguros que usted pueda tener.

### **PÓLIZAS DEL HOSPITAL PARA IMPLEMENTAR LOS DERECHOS DEL PACIENTE**

Pólizas formales se han adoptados para asegurar que su derecho para hacer decisiones sobre su tratamiento medical se satisficiera en una manera permitida por la ley. Este hospital ha adoptado pólizas relacionadas a consentimiento informado, e implementación y decisiones de tratamiento bajo la Ley de Directivas por adelantado y la Declaracion de Tratamiento de Salud Mental.

Si tiene quejas concernientes los requirimientos de directivas por adelantado, llame al Departamento de Servicios de Salud del estado de Texas, 888-963-7111.

### **EN ESTE FOLLETO...**

Encontrara explicaciones de la directiva de médicos, poder de abogado de médicos, orden de afuera del hospital-no-resucitar, directiva de salud mental y uniforme de tarjeta de donación. Si desea ejecutar cualquiera de estos documentos, por favor remuévalos del folleto y siga. Arriba de todo, asegure que su familia sepa sus deseos! Si usted tiene alguna pregunta en cualquier de estos documentos, por favor llame a el departamento de relaciones del paciente de Hendrick al 670-2915.

## **DIRECTIVA POR ADELANTADO**

A continuación se presenta información general sobre los cinco tipos de directivas por adelantado reconocidas por la ley de Texas. Las directivas por adelantado pueden cambiarse o cancelarse en cualquier momento.

### **Directiva para el médico**

Una directiva para el médico, también conocida como un “testamento en vida”, le permite indicarle a su médico que no use métodos artificiales para prolongar el proceso de la muerte si usted se encuentra con una enfermedad terminal. Una directiva no entra en vigencia hasta que a usted se le haya diagnosticado una enfermedad terminal o irreversible.

Si usted firma una Directiva, háblelo con su médico y pídale que sea parte de sus registros médico. Si por alguna razón usted se vuelve incapaz de firmar una Directiva escrita, usted puede emitir una Directiva verbal o por otros medios de comunicación no escrita, en presencia de su médico.

Si usted no ha emitido una Directiva y se vuelve incapaz de comunicarse luego de haber sido diagnosticado con una enfermedad terminal o irreversible, el médico que lo atiende y el tutor legal, o ciertos miembros de su familia en la ausencia del tutor legal, podrán tomar decisiones en cuanto a retirar, mantener o proveer tratamiento para mantenerlo vivo. El médico que lo atiende y otro médico no involucrado en su caso también pueden tomar decisiones sobre retirar o mantener los tratamientos para mantenerlo vivo si usted no tuviese un tutor y ciertos miembros de su familia no se encuentran disponibles.

### **Poder Legal para Asunto Médicos**

Otro tipo de directiva por adelantado es el Poder Legal para Asuntos Médicos, que le permite designar a alguien en quien confía –una agente– para que tome decisiones relacionadas con la atención médica de parte suya en el caso de que usted se vuelva incapaz de tomar las decisiones por usted mismo. Usted no podrá escoger como agente a su proveedor de cuidado de la salud, incluyendo a su médico, hospital o asilo de ancianos, un empleado de su proveedor de cuidado de la salud, a menos que el mismo sea familiar suyo, un proveedor de cuidado de domicilio tales como asilo u hospicio o un empleado de su proveedor de cuidado de domicilio, a menos que sea familiar suyo.

La persona que usted designe tendrá la autoridad de tomar decisiones sobre el cuidado de la salud de su parte sólo cuando el médico que lo atiende certifica que usted carece de la capacidad para tomar sus propias decisiones sobre el cuidado de la salud. Su agente no podrá tomar decisiones si usted se opone, sin importar si usted tiene la capacidad de tomar la decisión sobre cuidado de la salud por usted mismo, o si el Poder Legal para Asuntos Médicos está en vigencia.

Su agente deberá tomar decisiones sobre el cuidado de la salud después de consultar con el médico que lo atiende, y de acuerdo con el conocimiento que el agente tiene sobre sus deseos, incluyendo sus creencias religiosas y morales. Si sus deseos no son conocidos, su agente deberá tomar la decisión basándose en lo que crea que será lo mejor para usted.

### **Orden No Ser Resucitado fuera del Hospital**

Una Orden para No Ser Resucitado fuera del Hospital le permite negarse a ciertos tratamientos de mantenimiento de la vida en cualquier lugar fuera del hospital. Esta directiva por adelantado debe emitirse de manera conjunta con el médico que lo atiende.

### **Declaración para tratamiento de salud mental**

Otro tipo de avance directivo tienen que ver con el tratamiento de salud mental. Una declaración para tratamiento de salud mental le deja a usted decirle a proveedores de salud su elección a tratamiento de cuidado de salud mental en el caso de un evento que lo deje incapacitado.

### **Tarjeta de Donador Uniforme**

Cada uno de nosotros puede hacer un regalo especial a alguien que lo necesita al volverse un donador de tejidos. Cientos de órganos y los tejidos, que podrían usarse para salvar vidas o para que un ser humano vuelva a una vida plena y productiva, se pierden cada año.

Este problema ocurre porque la mayoría de las familias tienen dificultades tomando esta decisión de donar en el momento de la muerte de su ser querido si no han hablado antes al respecto.

Discutiéndola ahora, usted puede dejar a su familia y amigos saber sus deseos. Usted puede ayudar a alguien luchar enfermedades o debilidades terminales con la donación del órgano y del tejido fino. Casi cualquier persona entre 0-70 años de edad puede ser donante del órgano y del tejido fino. Registrarse en un donante de órganos y tejidos en [www.donatelifetexas.org](http://www.donatelifetexas.org). Para preguntas relacionadas con las donaciones de órganos y tejidos, por favor llame 1-800-788-8052.

## **INFORMACIÓN CON RELACIÓN AL PODER LEGAL PARA ASUNTOS MÉDICOS**

EL PRESENTE ES UN DOCUMENTO LEGAL IMPORTANTE. ANTES DE FIRMARLO, USTED DEBE DE CONOCER LOS SIGUIENTES HECHOS:

Exceptuando el hecho de que usted declare lo contrario, este documento le otorga a la persona que usted nombre como su agente, la autoridad de tomar todas y cada una de las decisiones sobre el cuidado de la salud por usted, de acuerdo con sus deseos, incluyendo sus creencias religiosas y morales, cuando usted ya no sea capaz de tomarlas por usted mismo. Debido a que “cuidado de la salud” significa cualquier tratamiento, procedimiento o servicio para mantener, diagnosticar o tratar la condición física o mental, su agente tiene el poder de tomar una amplia gama de decisiones sobre retirar o mantener tratamientos que lo mantengan con vida. Su agente no podrá consentir en tener servicios voluntarios de salud mental fuera del hospital, tratamiento convulsivo, neurocirugía o aborto. Un médico deberá estar de acuerdo con las instrucciones de su agente o permitir que usted sea transferido a otro médico. La autoridad de su agente comienza cuando el médico certifica que usted carece de la competencia para tomar decisiones sobre su cuidado de la salud.

Su agente está obligado a seguir sus instrucciones cuando tome decisiones por usted. A menos que usted declare lo contrario, su agente tiene la misma autoridad para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud de usted mismo. Es importante que usted hable de este documento con su médico u otro proveedor de la salud antes de firmarlo para asegurarse que usted entiende la naturaleza y el rango de decisiones que pueden tomarse de parte suya. Si usted no tiene un médico, debe hablar con alguien que tenga conocimientos sobre estos asuntos y que le pueda contestar las preguntas que tenga. No necesita de la ayuda de un abogado para completar este documento, pero si no entiende alguna parte de este documento, deberá pedirle a un abogado que se lo explique.

La persona que usted designe debe ser alguien a quien usted conoce y en quien confía. La persona deberá tener 18 años o más o ser una persona menor de 18 años a quien se le hayan retirado las discapacidades de la minoría de edad. Si usted designa a su proveedor de salud o de hogar (por ejemplo, su médico, o un empleado de una agencia de cuidado de hogar, hospital, asilo u hogar para cuidados especiales, que no sean sus familiares), dicha persona debe escoger entre actuar como su agente o su proveedor de salud o de cuidado de hogar; la ley no permite que la misma persona haga ambas cosas a la misma vez.

Usted deberá informarle a la persona que ha designada que usted desea que sea su agente de cuidado de salud. Usted debe hablar de este documento con su agente y su médico, y entregarle a cada uno una copia firmada. Usted deberá indicar en el mismo documento las personas e instituciones que han recibido copias firmadas. Su agente no es responsable por las decisiones sobre cuidado de la salud que se hayan hecho de buena fe de parte de suya.

Aun después de firmar este documento, usted tiene el derecho de tomar decisiones sobre el cuidado de su salud por sí mismo mientras sea capaz de hacerlo, y no se le deberá dar o retirar tratamiento si usted se opone. Usted tiene el derecho de revocar la autoridad conferida a su agente informándole a su agente o a su proveedor de cuidado de la salud o de cuidado de hogar verbalmente o por escrito o mediante su ejecución de un Poder Legal para Asuntos Médicos subsecuente. A menos que usted declare lo contrario, su designación de su cónyuge terminará si se divorcia.

Este documento no puede ser modificado ni cambiado. Si usted desea hacer cambios en el documento, usted deberá realizar uno completamente nuevo.

Puede que usted quiera designar a un agente alterno en el caso de que su agente no quiera, no pueda o no sea elegible para actuar como su agente. Cualquier agente alterno que usted designe tiene la misma autoridad para que usted tome decisiones sobre el cuidado de su salud.

**ESTE PODER LEGAL NO SERÁ VÁLIDO A MENOS QUE ESTÉ FIRMADO EN PRESENCIA DE DOS TESTIGOS ADULTOS COMPETENTES. LAS SIGUIENTES PERSONAS NO PODRÁN ACTUAR COMO TESTIGOS.**

- (1) la persona que usted ha designada como su agente;
- (2) una persona relacionada a usted por lazos de sangre o matrimonio;
- (3) una persona con derecho a cualquier parte de su herencia luego de que usted muera mediante un testamento o codicilo testamentario ejecutado por usted o por operación de la ley.
- (4) el médico que lo atiende
- (5) un empleado del médico que lo atiende
- (6) un empleado de una instalación de cuidado de la salud en la cual usted es paciente si el empleado le está proporcionando atención médica directa a usted o es un funcionario, director, asociado o empleado de una oficina administrativa de la instalación del cuidado de la salud o de cualquier organización matriz de la instalación de cuidado de la salud; o
- (7) una persona que, en el momento que se ejecuta este poder legal para asuntos médicos, tenga algún reclamo en contra de una parte de su herencia luego de su muerte.

## PODER LEGAL PARA ASUNTOS MÉDICOS

### DESIGNACIÓN DE AGENTE PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Yo, \_\_\_\_\_ (escriba su nombre), designo:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Como mi agente para tomar todas y cada una de las decisiones en mi lugar, excepto que yo declare lo contrario en este documento. Este Poder Legal para Asuntos Médicos entra en vigencia si yo me vuelvo incapaz de tomar decisiones sobre mi propio cuidado de la salud y este hecho es certificado por escrito por mi médico.

LAS LIMITACIONES EN LA AUTORIDAD DE TOMAR DECISIONES DE MI AGENTE SON LAS SIGUIENTES:

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

### DESIGNACIÓN DE AGENTE ALTERNO

(No se requiere que designe un agente alterno, pero puede hacerlo. Un agente alterno puede tomar las mismas decisiones sobre el cuidado de la salud como el agente designado si el agente designado no puede o no quiere ser su agente. Si el agente designado es su cónyuge, la designación es revocada automáticamente si el matrimonio se disuelve.)

Si la persona designada como mi agente está incapacitada o no quiere tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por mi, yo designo a las siguientes personas para que actúen como mi agente para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud de parte mía tal y como se autoriza por parte de este documento, quienes actuarán en el orden siguiente:

#### A. Primer agente alterno

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

#### B. Segundo agente alterno

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

El original de este documento se guarda en:

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

Las siguientes personas o instituciones tienen copias firmadas:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**DURACIÓN**

Entiendo que este Poder Legal para Asuntos Médicos existe indefinidamente desde la fecha en que se ejecuta este documento a menos que yo establezca un periodo más corto o revoque este poder legal. Si estoy incapacitado de tomar decisiones por mi mismo sobre el cuidado de mi salud cuando este poder legal expire, la autoridad que le he conferido a mi agente continuará hasta el momento en que yo pueda tomar las decisiones por mi mismo sobre el cuidado de mi salud.

(Si es aplicable) Este poder legal termina en la siguiente fecha:

\_\_\_\_\_

**DESIGNACIÓN PREVIA REVOCADA**

Yo revoco cualquier Poder Legal previo para Asuntos Médicos.

**RECONOCIMIENTO DE TESTIMONIO INFORMATIVO**

Se me ha entregado un testimonio informativo explicando el efecto de este documento. He leído y entendido la información contenida en esta declaración de revelación. (USTED DEBE FECHAR Y FIRMAR ESTE PODER LEGAL.)

Yo firmo con mi nombre en este Poder Legal en el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (mes) de \_\_\_\_\_ (año) en

\_\_\_\_\_  
Ciudad y Estado

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre en imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Numero de Seguro Social

**DECLARACIÓN DEL PRIMER TESTIGO**

Yo no soy la persona designada como agente a través de este documento, no estoy relacionada con el principal ni por lazos de sangre ni por matrimonio. No tendré derecho a ninguna parte de la herencia del principal a la muerte del principal. No soy el médico que atiende al principal ni un empleado del médico que lo atiende. No he presentado ningún reclamo contra ninguna parte de la herencia del principal a la muerte del principal. Además, si soy un empleado de la institución de cuidado de la salud en la cual el principal es un paciente, no estoy involucrado en proveer cuidado de paciente directamente al principal y no soy un funcionario, director, o empleado de oficina administrativa de la instalación de cuidado de la salud ni de ninguna organización matriz de la instalación de cuidado de la salud.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre en imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL SEGUNDO TESTIGO**

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre en imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

## DIRECTIVA A LOS MÉDICOS Y FAMILIARES O SUSTITUTOS

### INSTRUCCIONES PARA LLENAR ESTE DOCUMENTO

Este es un documento legal importante conocido como una directiva por adelantado. Está diseñado para ayudarlo a comunicar sus deseos con relación a tratamiento médico en algún momento en el futuro cuando usted no pueda manifestar sus deseos debido a enfermedad o lesión. Estos deseos por lo general se basan en valores personales. En especial, quizá usted quiera considerar qué cargas o dificultades del tratamiento usted está dispuesto a aceptar a cambio de una cierta cantidad de beneficios obtenidos si usted estuviese gravemente enfermo.

Se le exhorta a comentar estos valores y deseos con su familia o a quien usted elija que informe, así como con su médico. Su médico, otro proveedor de la salud, o institución médica pueden proporcionarle numerosos recursos para ayudarlo a llenar su directiva por adelantado. A continuación, se ofrecen breves definiciones que lo pueden ayudar en sus pláticas y planes por adelantado. Indique sus elecciones de tratamiento que mejor reflejen sus preferencias.

Además de esta directiva por adelantado, la ley de Texas proporciona otros dos tipos de directrices que pueden resultar importantes durante una enfermedad grave. Estas son el Poder Legal para Asuntos Médicos y la Orden para No Ser Resucitado Fuera del Hospital. Puede que usted quiera hablar de esto con su médico, familia, representante del hospital u otros consejeros. Además, quizá usted quiera llenar una directiva relacionada a la donación de órganos o tejidos.

### DIRECTIVA

Yo, \_\_\_\_\_ (coloque su nombre) reconozco que el mejor cuidado de la salud se basa en la unión de la confianza y la comunicación con mi médico. Mi médico y yo tomaremos decisiones en conjunto sobre el cuidado de la salud mientras esté con la mente sana y concapacidad de dar a conocer mis deseos. Si llegara el día en que no fuera capaz de tomar decisiones médicas sobre mí mismo debido a enfermedad o lesión, yo decido que se hagan los tratamientos preferentes a continuación:

Si, a juicio de mi médico, estoy sufriendo de una enfermedad terminal de la cual se espera que yo muera dentro de los siguientes seis meses, aunque se provea tratamiento para mantener la vida disponible de acuerdo a las normas prevalecientes de cuidado médico:

- \_\_\_\_\_ Solicito que se interrumpa o retenga todo tratamiento que no sean aquellos que se necesitan para mantenerme cómodo, y que mi médico me permita morir lo menos doloroso posible; o
- \_\_\_\_\_ Solicito ser mantenido vivo con esta enfermedad terminal usando el tratamiento para mantener la vida que se encuentre disponible.

(ESTA SELECCIÓN NO SE APLICA PARA EL CUIDADO EN HOSPICIOS)

Si, a buen juicio de mi médico, estoy sufriendo de una enfermedad irreversible por la cual no puedo cuidar de mí mismo no tomar decisiones por mí mismo y se espera que yo muera si no tengo la ayuda de tratamientos para mantener la vida provisto de acuerdo con las normas prevalecientes de cuidado:

- \_\_\_\_\_ Solicito que se interrumpa o retenga todo tratamiento que no sean aquellos que se necesitan para mantenerme cómodo, y que mi médico me permita morir lo más gentilmente posible; o
- \_\_\_\_\_ Solicito ser mantenido vivo con esta enfermedad terminal usando el tratamiento para mantener la vida que se encuentre disponible

(ESTA SELECCIÓN NO APLICA PARA EL CUIDADO EN HOSPICIOS)

Requisitos adicionales: (Luego de platicarlo con su médico, usted quiera tomar en cuenta una lista de los tratamientos particulares en este espacio que usted quiere o no quiere en circunstancias específicas, tales como nutrición y fluidos artificiales, antibióticos intravenosos, etc. Asegúrese de mencionar si quiere o no quiere el tratamiento específico.)

---

---

---

Luego de firmar esta directiva, si mi representante o yo elegimos cuidado en hospicio, entiendo y estoy de acuerdo que sólo se me proveerán aquellos tratamientos que se necesiten para mantenerme cómodo y que no se me darán tratamientos disponibles para mantenerme con vida.

(Si ya ha sido firmado un Poder Legal para Asuntos Médicos el agente ya ha sido nombrado y usted no debe colocar ningún nombre adicional en este documento.)

Si no cuento con un Poder Legal para Asuntos Médicos, y estoy incapacitado/a para expresar mis deseos, designo a la/s siguiente/s persona/s para que tomen decisiones sobre mi tratamiento, junto con mi médico, compatibles con mis valores personales:

1.	_____	_____	_____
	<i>Nombre</i>	<i>Dirección</i>	<i>Teléfono</i>
2.	_____	_____	_____
	<i>Nombre</i>	<i>Dirección</i>	<i>Teléfono</i>

Si las personas designadas no están disponibles, o si no he designado un portavoz, entiendo que dicho portavoz, será eligido en mi nombre siguiendo las disposiciones especificadas por las leyes de Texas. Si, a criterio de mi médico, mi muerte es inminente en cuestión de horas o minutos, aun con el uso de todos los tratamientos médicos disponibles provistos según los estándares de tratamiento prevalcientes, acepto que se suspenda o retire todo tratamiento excepto aquellos necesarios para mi bienestar. Entiendo que bajo las leyes de Texas esta directiva no tiene validez si me ha diagnosticado un embarazo. Esta directiva seguirá vigente hasta que yo la revoque. Ninguna otra persona podrá hacerlo.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Ciudad, Condado y Estado de residencia \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

A continuación deberán firmar dos testigos adultos competentes, reconociendo la firma del declarante. El testigo designado como Testigo 1 no puede ser una persona designada para tomar decisiones sobre el tratamiento del paciente y no puede estar emparentado con el paciente por lazos de sangre o matrimonio. Este testigo no puede tener derecho a ninguna parte del patrimonio hereditario ni a reclamar sobre el patrimonio hereditario del paciente. Este testigo no puede ser el médico a cargo ni el empleado del médico a cargo. Si este testigo es un empleado de la institución de salud en la cual está siendo atendido el paciente, este testigo no puede tomar parte en la atención directa del paciente. Este testigo no puede ser un funcionario, director, socio o empleado de las oficinas administrativas de la institución de servicios de salud en la cual está siendo atendido el paciente ni de ninguna de las organizaciones matrices de la institución de servicios de salud.

Testigo 1 \_\_\_\_\_ Testigo 2 \_\_\_\_\_

DEFINICIONES:

- **“Nutrición e hidratación artificiales”** significa el suministro de nutrientes o líquidos a través de una sonda, insertada en una vena, bajo la piel en los tejidos subcutáneos o en el estómago (tracto gastrointestinal).
- **“Estado irreversible”** significa un estado, lesión o enfermedad:
  - (1) que puede ser tratada, pero nunca curada o eliminada;
  - (2) que deja a la persona incapacitada para cuidarse o para tomar decisiones por sí misma; y
  - (3) que, la falta de tratamiento para mantenerlo con vida, de acuerdo con el estándar de atención médica prevalciente, resulta en la muerte del paciente.

Explicación: Muchas enfermedades graves como el cáncer, la insuficiencia de órganos vitales (riñón, corazón, hígado o pulmón) y enfermedades cerebrales graves, como la demencia de Alzheimer, pueden ser consideradas irreversibles en sus primeras etapas. No tienen cura, pero el paciente puede ser mantenido con vida durante períodos prolongados si recibe tratamiento. En las etapas tardías de la enfermedad, ésta puede considerarse terminal cuando, aún con tratamiento, se espera que el paciente fallezca. Tal vez desee considerar qué métodos de tratamiento estaría dispuesto a aceptar en un esfuerzo por lograr un resultado específico. Ésta es una decisión sumamente personal que tal vez desee consultar con su médico, sus familiares u otras personas importantes en su vida.

- **“Tratamiento para mantener la vida”** significa aquel tratamiento que, basado en el criterio médico razonable, mantiene la vida de un paciente morirá. El término incluye tanto los medicamentos para mantener la vida como el soporte artificial de la vida, como respiradores mecánicos, tratamiento renal con diálisis y nutrición e hidratación artificial. El término no incluye la administración de medicamentos para soportar el dolor, los procedimientos médicos necesarios para paliar los síntomas y cualquier tipo de cuidado provisto con el fin de aliviar el dolor del paciente.

- **“Estado terminal”** significa un estado ocasionado por una lesión o enfermedad que, de acuerdo con el criterio médico razonable, produce la muerte en menos de seis meses, aun con tratamientos para mantener la vida administrados de acuerdo con el estándar de atención médica prevalciente.

Explicación: Muchas enfermedades graves pueden considerarse irreversibles en las etapas tempranas de la enfermedad, pero no pueden considerarse terminales hasta estar bastante avanzadas. Al pensar acerca de las enfermedades terminales y su tratamiento, es posible que desee considerar los beneficios y las molestias relativos del tratamiento y consultar sus deseos con su médico, familiares u otras personas importantes en su vida.



## **AVISO A LA PERSONA QUE HACE UNA DECLARACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL**

Este es un documento legal importante. Constituye una declaración para el tratamiento de su salud mental. Antes de firmar este documento, usted debe conocer los hechos importantes siguientes:

Este documento le permite a usted tomar decisiones por adelantado sobre el tratamiento de su salud mental y específicamente tres tipos de tratamiento de salud mental: medicamentos psioactivos, terapia convulsiva, y tratamiento de salud mental de emergencia. Las instrucciones que usted incluya en esta declaración serán seguidas sólo si un tribunal cree que usted está incapacitado para tomar decisiones sobre su tratamiento. De lo contrario, usted será considerado capaz de dar o retirar su consentimiento para los tratamientos.

Este documento continuará en vigencia por un período de tres años, salvo que usted resulte incapacitado para participar en las decisiones de tratamiento de salud mental. Si esto ocurre, la directiva continuará en efecto hasta que usted ya no esté incapacitado.

Usted tiene el derecho de revocar este documento en todo o en parte en cualquier momento que se determine que usted no está incapacitado. **USTED NO PUEDE REVOCAR ESTA DECLARACIÓN CUANDO UN TRIBUNAL CONSIDERE QUE USTED ESTÁ INCAPACITADO.** Una revocación será efectiva cuando sea comunicada al médico que lo atiende o a otro proveedor de cuidados de la salud.

Si existe algo en este documento que usted no entienda, debe consultar con un abogado para que se lo explique a usted. Esta declaración no es válida salvo que sea firmada por dos testigos autorizados que usted conozca personalmente y que estén presentes cuando usted firme o reconozca su firma.

## DECLARACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL

Yo, \_\_\_\_\_ (*coloque su nombre*), siendo mayor de edad y estando en el pleno goce de mis aptitudes mentales, deliberada y voluntariamente hago esta declaración para el tratamiento de salud mental que debe seguirse si se determina por un tribunal que mi capacidad de entendimiento con respecto a la naturaleza y las consecuencias de algún tratamiento que se propusiera, incluyendo los beneficios, riesgos, y alternativas de algún tratamiento que se propusiera, se encuentra disminuida en tal medida que carezco de la capacidad para tomar decisiones sobre algún tratamiento de salud mental. “Tratamiento de salud mental” significa tratamiento electroconvulsivo u otro tratamiento convulsivo, tratamiento de enfermedades mentales con medicamentos psicoactivos, y preferencias en cuanto al tratamiento de salud mental de emergencia.

(PÁRRAFO OPCIONAL) Yo entiendo que puedo resultar incapaz de dar o retirar mi consentimiento con conocimiento de causa para el tratamiento de mi salud mental debido a los síntomas de un trastorno mental diagnosticado. Estos síntomas pueden incluir:

### MEDICAMENTOS PSICOACTIVOS

Si resultara incapaz de dar o retirar mi consentimiento con conocimiento de causa para el tratamiento de mi salud mental, mis deseos en cuanto a los medicamentos psicoactivos son los siguientes:

Yo doy mi consentimiento para la administración de los medicamentos siguientes:

---

Yo no doy mi consentimiento para la administración de los medicamentos siguientes:

---

Yo doy mi consentimiento para que se me suministre un medicamento aprobado por la Food and Drug Administration [Administración de Medicamentos y Alimentos] a nivel federal que sólo fue aprobado y estaba en existencia después de mi declaración y que es considerada en la misma clase de medicinas psicoactivas según se declara abajo:

Condiciones o limitaciones:

---

---

---

### TRATAMIENTO CONVULSIVO

Si hago incapaz de dar o retirar mi consentimiento con conocimiento de causa para el tratamiento de mi salud mental, mis deseos en cuanto al tratamiento convulsivo son los siguientes:

Yo doy mi consentimiento para que se dé el tratamiento convulsivo.

---

Yo no doy mi consentimiento para que se me dé el tratamiento convulsivo.

---

Condiciones o limitaciones:

---

---

---

## **PREFERENCIAS PARA EL TRATAMIENTO DE EMERGENCIA**

En una emergencia, prefiero el tratamiento siguiente: PRIMERO (encierre en un círculo una opción)  
Restricción/Aislamiento/Medicamentos.

En una emergencia, prefiero el tratamiento siguiente: SEGUNDO (encierre en un círculo una opción)  
Restricción/Aislamiento/Medicamentos.

En una emergencia, prefiero el tratamiento siguiente: TERCERO (encierre en un círculo una opción)  
Restricción/Aislamiento/Medicamentos.

Yo prefiero a un hombre/una mujer para que se me brinden los tratamientos de restricción, aislamiento,  
y/o los medicamentos.

Opciones de tratamiento previo a la aplicación de la restricción, el aislamiento y/o los medicamentos:

Condiciones o limitaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **PREFERENCIAS O INSTRUCCIONES ADICIONALES**

Condiciones o limitaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del obligado principal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

## **DECLARACIÓN DE TESTIGOS**

Yo declaro bajo pena de perjurio que el nombre del obligado principal me ha sido dado por el mismo obligado principal, que el obligado principal ha firmado o reconocido esta declaración en mi presencia, que yo creo que el obligado principal está en el pleno goce de sus aptitudes mentales, que el obligado principal ha afirmado que es consciente de la naturaleza del documento y está firmándolo voluntariamente y libre de coerción, que el obligado principal ha pedido que yo actúe como testigo de la firma de este documento por el obligado principal, y que no soy un proveedor de cuidados de la salud o cuidados internos del obligado principal, empleado de un proveedor de cuidados de la salud o cuidados internos del obligado principal, operador de una institución comunitaria de cuidados de la salud que provee los cuidados de salud al obligado principal, ni empleado de un operador de una institución comunitaria de cuidados de la salud que provee los cuidados de salud al obligado principal.

Yo declaro que no tengo parentesco de consanguinidad, vínculo matrimonial o vínculo de adopción con el declarante, y que según mi mejor saber y entender no tengo derecho y no tengo reclamos contra alguna parte de patrimonio sucesorio del obligado principal a la muerte del mismo, bajo algún testamento o por mandato de la ley.

Firma de testigo: \_\_\_\_\_

Nombre en mayúsculas: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma de testigo: \_\_\_\_\_

Nombre en mayúsculas: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

## INSTRUCTIONS FOR ISSUING AN OOH-DNR ORDER

**PURPOSE:** The Out-of-Hospital Do-Not-Resuscitate (OOH-DNR) Order on reverse side complies with Health and Safety Code (HSC), Chapter 166 for use by qualified persons or their authorized representatives to direct health care professionals to forgo resuscitation attempts and to permit the person to have a natural death with peace and dignity. This Order does NOT affect the provision of other emergency care, including comfort care.

**APPLICABILITY:** This OOH-DNR Order applies to health care professionals in out-of-hospital settings, including physicians' offices, hospital clinics and emergency departments.

**IMPLEMENTATION:** A competent adult person, at least 18 years of age, or the person's authorized representative or qualified relative may execute or issue an OOH-DNR Order. The person's attending physician will document existence of the Order in the person's permanent medical record. The OOH-DNR Order may be executed as follows:

**Section A** - If an adult person is competent and at least 18 years of age, he/she will sign and date the Order in Section A.

**Section B** - If an adult person is incompetent or otherwise mentally or physically incapable of communication and has either a legal guardian, agent in a medical power of attorney, or proxy in a directive to physicians, the guardian, agent, or proxy may execute the OOH-DNR Order by signing and dating it in Section B.

**Section C** - If the adult person is incompetent or otherwise mentally or physically incapable of communication and does not have a guardian, agent, or proxy, then a qualified relative may execute the OOH-DNR Order by signing and dating it in Section C.

**Section D** - If the person is incompetent and his/her attending physician has seen evidence of the person's previously issued proper directive to physicians or observed the person competently issue an OOH-DNR Order in a nonwritten manner, the physician may execute the Order on behalf of the person by signing and dating it in Section D.

**Section E** - If the person is a **minor** (less than 18 years of age), **who has been diagnosed by a physician as suffering from a terminal or irreversible condition**, then the minor's parents, legal guardian, or managing conservator may execute the OOH-DNR Order by signing and dating it in Section E.

**Section F** - If an adult person is incompetent or otherwise mentally or physically incapable of communication and does not have a guardian, agent, proxy, or available qualified relative to act on his/her behalf, then the attending physician may execute the OOH-DNR Order by signing and dating it in Section F with concurrence of a second physician (signing it in Section F) who is not involved in the treatment of the person or who is not a representative of the ethics or medical committee of the health care facility in which the person is a patient.

**In addition**, the OOH-DNR Order must be signed and dated by two competent adult witnesses, who have witnessed either the competent adult person making his/her signature in section A, or authorized declarant making his/her signature in either sections B, C, or E, and if applicable, have witnessed a competent adult person making an OOH-DNR Order by nonwritten communication to the attending physician, who must sign in Section D and also the physician's statement section. Optionally, a competent adult person or authorized declarant may sign the OOH-DNR Order in the presence of a notary public. However, a notary cannot acknowledge witnessing the issuance of an OOH-DNR in a nonwritten manner, which must be observed and only can be acknowledged by two qualified witnesses. Witness or notary signatures are not required when two physicians execute the OOH-DNR Order in section F. The original or a copy of a fully and properly completed OOH-DNR Order or the presence of an OOH-DNR device on a person is sufficient evidence of the existence of the original OOH-DNR Order and either one shall be honored by responding health care professionals.

**REVOCATION:** An OOH-DNR Order may be revoked at ANY time by the person, person's authorized representative, or physician who executed the order. Revocation can be by verbal communication to responding health care professionals, destruction of the OOH-DNR Order, or removal of all OOH-DNR identification devices from the person.

**AUTOMATIC REVOCATION:** An OOH-DNR Order is automatically revoked for a person known to be pregnant or in the case of unnatural or suspicious circumstances.

### DEFINITIONS

**Attending Physician:** A physician, selected by or assigned to a person, with primary responsibility for the person's treatment and care and is licensed by the Texas Medical Board, or is properly credentialed and holds a commission in the uniformed services of the United States and is serving on active duty in this state. [HSC §166.002(12)].

**Health Care Professional:** Means physicians, nurses, physician assistants and emergency medical services personnel, and, unless the context requires otherwise, includes hospital emergency department personnel. [HSC §166.081(5)]

**Qualified Relative:** A person meeting requirements of HSC §166.088. It states that an adult relative may execute an OOH-DNR Order on behalf of an adult person who has not executed or issued an OOH-DNR Order and is incompetent or otherwise mentally or physically incapable of communication and is without a legal guardian, agent in a medical power of attorney, or proxy in a directive to physicians, and the relative is available from one of the categories in the following priority: 1) person's spouse; 2) person's reasonably available adult children; 3) the person's parents; or, 4) the person's nearest living relative. Such qualified relative may execute an OOH-DNR Order on such described person's behalf.

**Qualified Witnesses:** Both witnesses must be competent adults, who have witnessed the competent adult person making his/her signature in section A, or person's authorized representatives making his/her signature in either Sections B, C, or E on the OOH-DNR Order, or if applicable, have witnessed the competent adult person making an OOH-DNR by nonwritten communication to the attending physician, who signs in Section D. Optionally, a competent adult person, guardian, agent, proxy, or qualified relative may sign the OOH-DNR Order in the presence of a notary instead of two qualified witnesses. Witness or notary signatures are not required when two physicians execute the order by signing Section F. One of the witnesses must meet the qualifications in HSC §166.003(2), which requires that at least one of the witnesses not: (1) be designated by the person to make a treatment decision; (2) be related to the person by blood or marriage; (3) be entitled to any part of the person's estate after the person's death either under a will or by law; (4) have a claim at the time of the issuance of the OOH-DNR against any part of the person's estate after the person's death; or, (5) be the attending physician; (6) be an employee of the attending physician or (7) an employee of a health care facility in which the person is a patient if the employee is providing direct patient care to the patient or is an officer, director, partner, or business office employee of the health care facility or any parent organization of the health care facility.

**Report problems with this form to the Texas Department of State Health Services (DSHS) or order OOH-DNR Order/forms or identification devices at (512) 834-6700.**

*Declarant's, Witness', Notary's, or Physician's electronic or digital signature must meet criteria outlined in HSC §166.011*

# OUT-OF-HOSPITAL DO-NOT-RESUSCITATE (OOH-DNR) ORDER

## TEXAS DEPARTMENT OF STATE HEALTH SERVICES

This document becomes effective immediately on the date of execution for health care professionals acting in out-of-hospital settings. It remains in effect until the person is pronounced dead by authorized medical or legal authority or the document is revoked. Comfort care will be given as needed.

Person's full legal name \_\_\_\_\_ Date of birth \_\_\_\_\_  Male  
 Female

**A. Declaration of the adult person:** I am competent and at least 18 years of age. I direct that none of the following resuscitation measures be initiated or continued for me: cardiopulmonary resuscitation (CPR), transcutaneous cardiac pacing, defibrillation, advanced airway management, artificial ventilation.

Person's signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Printed name \_\_\_\_\_

**B. Declaration by legal guardian, agent or proxy on behalf of the adult person who is incompetent or otherwise incapable of communication:**

I am the:  legal guardian;  agent in a Medical Power of Attorney; OR  proxy in a directive to physicians of the above-noted person who is incompetent or otherwise mentally or physically incapable of communication.

Based upon the known desires of the person, or a determination of the best interest of the person, I direct that none of the following resuscitation measures be initiated or continued for the person: cardiopulmonary resuscitation (CPR), transcutaneous cardiac pacing, defibrillation, advanced airway management, artificial ventilation.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Printed name \_\_\_\_\_

**C. Declaration by a qualified relative of the adult person who is incompetent or otherwise incapable of communication:** I am the above-noted person's:

spouse,  adult child,  parent, OR  nearest living relative, and I am qualified to make this treatment decision under Health and Safety Code §166.088.

To my knowledge the adult person is incompetent or otherwise mentally or physically incapable of communication and is without a legal guardian, agent or proxy. Based upon the known desires of the person or a determination of the best interests of the person, I direct that none of the following resuscitation measures be initiated or continued for the person: cardiopulmonary resuscitation (CPR), transcutaneous cardiac pacing, defibrillation, advanced airway management, artificial ventilation.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Printed name \_\_\_\_\_

**D. Declaration by physician based on directive to physicians by a person now incompetent or nonwritten communication to the physician by a competent person:** I am the above-noted person's attending physician and have:

seen evidence of his/her previously issued directive to physicians by the adult, now incompetent; OR  observed his/her issuance before two witnesses of an OOH-DNR in a nonwritten manner.

I direct that none of the following resuscitation measures be initiated or continued for the person: cardiopulmonary resuscitation (CPR), transcutaneous cardiac pacing, defibrillation, advanced airway management, artificial ventilation.

Attending physician's signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Printed name \_\_\_\_\_ Lic # \_\_\_\_\_

**E. Declaration on behalf of the minor person:** I am the minor's:  parent;  legal guardian; OR  managing conservator.

A physician has diagnosed the minor as suffering from a terminal or irreversible condition. I direct that none of the following resuscitation measures be initiated or continued for the person: cardiopulmonary resuscitation (CPR), transcutaneous cardiac pacing, defibrillation, advanced airway management, artificial ventilation.

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Printed name \_\_\_\_\_

**TWO WITNESSES:** (See qualifications on backside.) We have witnessed the above-noted competent adult person or authorized declarant making his/her signature above and, if applicable, the above-noted adult person making an OOH-DNR by nonwritten communication to the attending physician.

Witness 1 signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Printed name \_\_\_\_\_

Witness 2 signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Printed name \_\_\_\_\_

**Notary in the State of Texas and County of \_\_\_\_\_.** The above noted person personally appeared before me and signed the above noted declaration on this date: \_\_\_\_\_.

Signature & seal: \_\_\_\_\_ Notary's printed name: \_\_\_\_\_ *Notary Seal*

[ Note: Notary cannot acknowledge the witnessing of the person making an OOH-DNR order in a nonwritten manner ]

**PHYSICIAN'S STATEMENT:** I am the attending physician of the above-noted person and have noted the existence of this order in the person's medical records. I direct health care professionals acting in out-of-hospital settings, including a hospital emergency department, not to initiate or continue for the person: cardiopulmonary resuscitation (CPR), transcutaneous cardiac pacing, defibrillation, advanced airway management, artificial ventilation.

Physician's signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Printed name \_\_\_\_\_ License # \_\_\_\_\_

**F. Directive by two physicians on behalf of the adult, who is incompetent or unable to communicate and without guardian, agent, proxy or relative:** The person's specific wishes are unknown, but resuscitation measures are, in reasonable medical judgment, considered ineffective or are otherwise not in the best interests of the person. I direct health care professionals acting in out-of-hospital settings, including a hospital emergency department, not to initiate or continue for the person: cardiopulmonary resuscitation (CPR), transcutaneous cardiac pacing, defibrillation, advanced airway management, artificial ventilation.

Attending physician's signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Printed name \_\_\_\_\_ Lic# \_\_\_\_\_

Signature of second physician \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Printed name \_\_\_\_\_ Lic# \_\_\_\_\_

Physician's electronic or digital signature must meet criteria listed in Health and Safety Code §166.082(c).

**All persons who have signed above must sign below, acknowledging that this document has been properly completed.**

Person's signature \_\_\_\_\_ Guardian/Agent/Proxy/Relative signature \_\_\_\_\_

Attending physician's signature \_\_\_\_\_ Second physician's signature \_\_\_\_\_

Witness 1 signature \_\_\_\_\_ Witness 2 signature \_\_\_\_\_ Notary's signature \_\_\_\_\_

79-096 (10-05)

**This document or a copy thereof must accompany the person during his/her medical transport.**





*1900 Pine Street • Abilene, Texas 79601*