



# Lo que los residentes de Tennessee necesitan saber sobre la designación de un Agente de Atención Médica (poder duradero para atención médica) y cómo crear un Plan Anticipado de Atención (testamento vital)



## ¿Por qué es esto importante?

Las personas tienen el derecho de tomar sus propias decisiones de atención médica. Cuando está lo suficientemente bien como para tomar decisiones, usted solo recibe la atención que acepta. También puede rechazar la atención.

Si alguna vez está demasiado enfermo que no puede expresarse por sí mismo, será necesario que alguien más tome decisiones de atención médica por usted. A esta persona se le llama su **Agente de Atención Médica**. Su agente puede decirles a sus médicos y a su familia qué tipo de atención desea usted. Si usted mejora, entonces nuevamente puede tomar sus propias decisiones de atención médica. Usted puede elegir quién quiere que sea su Agente de Atención Médica. Simplemente llene y firme el formulario **Designación de Agente de Atención Médica** que se incluye con este folleto.

También puede darles a su médico y a su agente instrucciones por escrito sobre la atención que desea si se enferma gravemente y no puede mejorar. Esto se hace con un **Plan Anticipado de Atención**. Su agente y médico deben seguir las instrucciones de su Plan Anticipado de Atención. Puede llenar y firmar el formulario **Plan Anticipado de Atención** que se incluye con este folleto.



## ¿Qué es un Agente de Atención Médica?

Un Agente de Atención Médica es una persona que toma decisiones de atención médica por usted. Toma dichas decisiones solo cuando usted está demasiado enfermo para hacerlo. Usted elige quién será su agente. El agente será la persona que el médico escuchará cuando usted no pueda expresarse por sí mismo. Su agente también podrá ver sus expedientes médicos. A los

agentes a veces se les llama “poder para atención médica”.

Su agente debe ser alguien en quien usted confía para tomar buenas decisiones. Asegúrese de que su agente sepa qué tipo de atención



usted va a querer. Asegúrese de que la persona esté dispuesta a ser su agente. Es una buena idea nombrar a una segunda persona como agente sustituto. Esta persona será su agente si la primera persona no puede hacerlo.

## ¿Qué pasa si no nombro un representante de atención médica y me enfermo demasiado que no puedo decidir por mí mismo?

Su médico podría elegir a alguien para que tome decisiones de atención médica por usted. A esta persona se le llama sustituto para atención médica. El médico utiliza un documento llamado **Designación de Sustituto**. Esta persona puede ser un familiar, amigo o incluso el médico. Un sustituto puede ser elegido de forma rápida y sin la necesidad de acudir a los tribunales. Al igual que su agente, un sustituto debe obedecer su Plan Anticipado de Atención.

Además, el tribunal puede nombrar a alguien para que tome decisiones de atención médica por usted. Para ello, el tribunal establece una custodia para usted. El tribunal solo hace esto después de enterarse que usted no puede tomar decisiones por sí mismo. Si esto sucede, el juez elegirá a alguien para que tome sus decisiones de atención médica. A esta persona se le llama **el custodio**.

¿Desea elegir a la persona que tomará decisiones de atención médica en su nombre? Entonces llene el formulario **Designación de Agente de Atención Médica** que se incluye con este folleto.

## ¿Qué es un Plan Anticipado de Atención?

Un Plan Anticipado de Atención solo se utiliza cuando:

- Usted se enferma demasiado que no puede decidir por sí mismo **Y**
- Usted tiene un problema de salud permanente **Y**
- No se espera que mejore, sin importar qué tipo de tratamiento reciba.

A veces se le llama un “testamento vital”.

Un **Plan Anticipado de Atención** es un documento que usted llena y firma.

Informa a sus médicos, familiares y agente qué tipo de atención quiere si está enfermo o moribundo. Ejemplo: Quizás no quiera que lo mantengan vivo con máquinas si no puede respirar por sí mismo. Su médico, familiares y agente **deben** hacer lo que usted indica en su Plan Anticipado de Atención. El Plan indica qué tipo de atención usted quiere y no quiere. También puede decirle a las otras personas cómo desea ser enterrado o si desea ser donante de órganos.



Su Plan Anticipado de Atención no puede cubrir todo lo que pueda pasar. **La cosa más importante que puede hacer es hablar con sus familiares y su Agente de Atención Médica.** Dígalos ahora qué tipo de atención desea. Dígalos a quién seleccionó como su Agente de Atención Médica.

## ¿Necesito tener tanto un Plan Anticipado de Atención como un Agente de Atención Médica?

Todos deben nombrar un Agente de Atención Médica. Su agente tomará decisiones de atención médica por usted si usted no puede hacerlo. Esto informa a su médico a quién escuchar cuando usted no pueda tomar decisiones de atención médica. **Ejemplo:** Usted tiene una cirugía después de un accidente de auto, pero se espera que mejore. Su Agente de Atención Médica podría tomar decisiones mientras está inconsciente. Una vez que esté mejor, usted podrá tomar nuevamente sus propias decisiones. Es probable que todos necesiten un Agente de Atención Médica en algún momento.

Usted también debe tener un Plan Anticipado de Atención. Da instrucciones a su agente, médico y familiares. Indica qué tipo de atención desea cuando está sufriendo una enfermedad o condición terminal. ¿Está seguro de que su Agente de Atención Médica sabrá qué tipo de atención usted desea? Entonces quizás no necesite un Plan Anticipado de Atención.

## ¿Y qué pasa si solo quiero un Agente de Atención Médica?

Entonces llene y firme solamente el lado de **Designación de Agente de Atención Médica** del documento. Escriba una “X” grande en la casilla que dice que usted no quiere un Plan Anticipado de Atención. Esto informa a su médico y a su agente que no hay instrucciones por escrito que deben seguir.

## ¿Y qué pasa si solo quiero un Plan Anticipado de Atención?

Entonces llene y firme solamente el lado de **Plan Anticipado de Atención** del documento. Escriba una “X” grande en la casilla que dice que usted no quiere un Agente de Atención Médica. Esto informa a su médico que usted no ha elegido a alguien para que tome decisiones de atención médica por usted. El Plan indica qué tipo de atención usted desea si está muy enfermo y moribundo.

## ¿Qué pasa si mi Agente de Atención Médica no está de acuerdo con mi Plan Anticipado de Atención?

Su médico y Agente de Atención Médica **deben** seguir las instrucciones de su Plan Anticipado de Atención. Son sus instrucciones, escritas cuando aún podía tomar decisiones de atención médica. Si su médico y agente saben sus deseos, deben seguirlos.



## ¿Quién puede firmar un Plan Anticipado de Atención o nombrar a un Agente de Atención Médica?

Para firmar, usted debe tener la capacidad de entender lo que está firmando. Usted debe poder decir lo que quiere. Usted debe tener al menos 18 años de edad o ser un menor independiente.

## ¿Necesito un abogado para esto?

No. Puede hacer un Plan Anticipado de Atención o elegir un Agente de Atención Médica sin un abogado. Puede utilizar los documentos que se incluyen con este folleto. ¿El documento no parece el correcto para usted? ¿Tiene preguntas que no se respondieron en este folleto? Entonces quizás desee la ayuda de un abogado.

## ¿Cómo puedo firmar estos documentos para que sean legales?

Usted debe firmar este documento en presencia de un notario O en presencia de dos testigos. Su Agente de Atención Médica no puede ser un testigo. Los testigos no deben ser sus parientes consanguíneos, políticos o por adopción. Los testigos no deben ser personas que heredarán sus propiedades. ¿Necesita encontrar un notario? Pregunte en su banco, compañía de seguros, funerarias o despachos de abogados.

## ¿Qué hago con mis documentos del Plan Anticipado de Atención y de Agente de Atención Médica?

Una copia de su Plan Anticipado de Atención o de Designación de Agente de Atención Médica es tan buena como el original. **Mantenga siempre una copia de los documentos con usted en su billetera o cartera.** Entregue copias a:

- Su(s) médico(s),
- Su hospital principal,
- Su Agente de Atención Médica,
- Su Agente de Atención Médica Sustituto y
- Sus parientes cercanos.

Pida a estas personas que lean el documento. Pídales que hablen con usted sobre cualquier cosa

que no esté clara. Guarde el original en un lugar seguro. Asegúrese de que su familia lo pueda encontrar o que tenga copias.

## ¿Qué pasa si cambio de opinión?

Puede cambiar su Plan Anticipado de Atención y la Designación de Agente de Atención Médica en cualquier momento. La mejor manera es llenar, fechar y firmar uno nuevo. Esto anulará el documento anterior. Asegúrese de recuperar todas las copias del documento anterior. Entregue el nuevo documento a su médico, agente y a sus familiares.

¿Qué pasa si cambia de opinión mientras está en un hospital o consultorio médico? Si no puede firmar un nuevo documento, simplemente informe al médico lo que desea. **Recuerde: Siempre y cuando pueda decir lo que desea, su médico siempre hará lo que usted diga.** Los documentos y su agente solo se toman en cuenta si usted no puede decidir por sí mismo.

**Nota:** Esta información no puede sustituir el consejo de un abogado. Cada caso es diferente y requiere consejo legal particular.



Mi nombre es: \_\_\_\_\_ Mi fecha de nacimiento es: \_\_\_\_\_

**Designación de Agente de Atención Médica**

Marque una opción:

- NO** quiero tener un Agente de Atención Médica.
- SÍ** quiero tener un Agente de Atención Médica. Mi Agente tomará decisiones de atención médica en mi nombre si yo no puedo decidir por mí mismo. Esto incluye cualquier decisión de atención médica que podría haber tomado por mí mismo si hubiera podido, con la excepción que **mi Agente debe obedecer las instrucciones en mi Plan Anticipado de Atención a continuación**. Si mi Agente no puede o no desea tomar las decisiones, el Sustituto ocupará el lugar de mi Agente. Mi Agente es también mi representante personal para los propósitos de las leyes de privacidad federales y estatales, incluyendo la ley HIPAA. Si alguna vez necesito un custodio para mi persona, quiero que sea mi Agente.

**Agente de Atención Médica:**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfonos: \_\_\_\_\_

**Agente de Atención Médica Sustituto: (Si la persona que elegí como Agente no puede hacerlo)**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfonos: \_\_\_\_\_

**Plan Anticipado de Atención**

Marque una opción:

- NO** quiero dar instrucciones por escrito sobre mi atención médica.
- SÍ** quiero dar instrucciones por escrito sobre mi atención médica. Si no puedo tomar decisiones de atención médica por mí mismo, así es como quiero ser tratado por los médicos y otros proveedores de atención médica:

**Parte 1. Condición médica: Marque "Sí" en las siguientes condiciones con las que quiere vivir el mayor tiempo posible. Marque "No" en las condiciones que serían una calidad de vida inaceptable para usted (lo que significa que no querría que su vida fuera prolongada artificialmente).**

**Sí**  **No** Si tengo un **Estado de Inconsciencia Permanente**, quiero que me mantengan vivo el mayor tiempo posible. **Estado de Inconsciencia Permanente** significa:

- Estoy en coma y hay pocas probabilidades que alguna vez despierte;
- **O** no estoy consciente de las personas o donde estoy y hay pocas probabilidades de que mejore;
- **Y** no puedo tomar decisiones médicas.

**Sí**  **No** Si tengo **Confusión Permanente**, quiero que me mantengan vivo el mayor tiempo posible. **Confusión Permanente** significa que estoy tan confundido que:

- No puedo hablar con otras personas y tener sentido;
- No puedo reconocer a mis familiares y amigos;
- Hay pocas probabilidades de que mejore;
- **Y** no puedo tomar decisiones médicas.

**Sí**  **No** Si soy **Totalmente Dependiente de Otras Personas**, quiero que me mantengan vivo el mayor tiempo posible. **Totalmente Dependiente de Otras Personas** significa:

- No puedo hablar o informar a los demás qué quiero;
- Necesito ayuda para comer, bañarme, vestirme y caminar;
- Hay pocas probabilidades de que mejore;
- **Y** no puedo tomar decisiones médicas.

**Sí**  **No** Si estoy en la **Última Etapa de una Enfermedad Terminal**, quiero que me mantengan vivo el mayor tiempo posible. Ejemplos: Última etapa de cáncer o insuficiencia cardíaca. **Última Etapa de una Enfermedad Terminal** significa:

- Mi problema médico ya no responde al tratamiento;
- Voy a morir de mi problema médico, no importa qué tipo de tratamiento reciba;
- **Y** no puedo tomar decisiones médicas.



**Parte 2. Tratamiento:** Si tengo un problema de salud grave que he marcado como "No" en las opciones anteriores (es decir, no me gustaría que mi vida fuera prolongada artificialmente), y no se espera que mejore, quiero el siguiente tratamiento:

**Sí quiero**  **No quiero** que mi corazón y respiración se reinicien por una descarga eléctrica, CPR o por otros medios.

**Sí quiero**  **No quiero** que me mantengan vivo con máquinas que me ayudan a respirar, circular la sangre o que ayudan a otros órganos a seguir funcionando.

**Sí quiero**  **No quiero** tratamiento para nuevos problemas de salud, incluso si no va a ayudar a mi enfermedad principal. **Ejemplo:** Darme antibióticos para infecciones, incluso si no van a ayudar a mi enfermedad principal.

**Sí quiero**  **No quiero** recibir alimentos o agua a través de un tubo.

**Sí quiero**  **No quiero** alivio del dolor incluso si puede acortar la vida o causar daños.

**Sí quiero**  **No quiero** donar mis órganos/tejidos. Esto puede significar que deben mantenerme con vida un poco más de tiempo.

**Además, estas son algunas otras cosas que quiero para mi cuidado, instrucciones de entierro, etc. (agregue más páginas si es necesario):**

---

---

---

---

### Firmar para que este documento sea legal

**Un notario o 2 testigos deben observar mientras firma. Luego, ellos deben firmar abajo.**

Yo, \_\_\_\_\_ (Paciente) estoy en mi sano juicio y sé lo que estoy  
(escriba su nombre aquí)

haciendo. Entiendo lo que dice este documento. Quiero que mi médico y mis familiares hagan lo que se indica en este Plan. Estoy firmando este documento el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.  
(Fecha) (Mes) (Año)

X \_\_\_\_\_  
(Paciente) Firme aquí, pero espere hasta que los testigos o el notario estén observando.

**Si los testigos lo observan firmar, ellos deben firmar esta parte. Su Agente de Atención Médica no puede ser un testigo.**

Nosotros, \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ conocemos a la persona adulta que firmó este documento frente a nosotros. Creemos que esta persona está en su sano juicio y que sabe lo que está firmando. Creemos que nadie obligó a esta persona a firmar o que la convenció para hacerlo. No estamos relacionados a esta persona por sangre, políticamente ni por adopción. No recibiremos ninguna de las pertenencias de esta persona cuando muera.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del testigo: \_\_\_\_\_

**O si un notario lo observa firmar, el notario debe firmar esta parte.**

ESTADO DE TENNESSEE

CONDADO DE \_\_\_\_\_

Soy un Notario Público en y para el estado y el condado indicados anteriormente. Conozco personalmente a la persona que firmó este documento, o me demostró por medio de evidencia satisfactoria ser la persona cuyo nombre aparece anteriormente como el "paciente". El paciente se presentó personalmente ante mí y firmó arriba o reconoció que la firma anterior es la suya. Declaro bajo pena de perjurio que el paciente parece estar en su sano juicio y no está sujeto a presión, fraude o influencia indebida.

Mi comisión expira: \_\_\_\_\_ Notario Público: \_\_\_\_\_



**Legal Aid Society**  
of Middle Tennessee & the Cumberland

---

Working Together. Doing Justice. Restoring Hope.

**Sociedad De Ayuda Legal**  
De Middle Tennessee Y Las Cumberland

**Legal Aid Society**  
of Middle Tennessee and the Cumberland

**1-800-238-1443**

La llamada es gratuita.

En la página Web: [www.las.org](http://www.las.org)