

# Directiva a médicos y familiares o sustitutos

Se trata de un documento legal importante, conocido como directiva anticipada. Está diseñado para ayudarle a comunicar sus deseos acerca del tratamiento médico en algún momento en el futuro cuando no pueda dar a conocer sus deseos debido a una enfermedad o lesión. Estos deseos se basan generalmente en valores personales. En particular, es posible que desee considerar qué cargas o dificultades de tratamiento que estaría dispuesto a aceptar por cierta cantidad de beneficio obtenido si estaba gravemente enfermo.

Le animamos a discutir sus valores y deseos con su familia o persona elegida, así como con su médico. Su médico, proveedor de atención médica o institución médica puede proporcionarle varios recursos para ayudarle a completar su directiva anticipada. Definiciones breves se enumeran a continuación y pueden ayudarle en sus discusiones y avanzar en la planificación. Ponga sus iniciales en las opciones de tratamiento que mejor reflejen sus preferencias personales. Proporcione una copia de su directiva a su médico, al hospital habitual y a la familia u otra persona elegida. Considere revisiones periódicas de este documento. Mediante una revisión periódica, puede asegurar que la directiva refleje sus preferencias.

Además de esta directiva anticipada, la ley de Texas establece otros dos tipos de directivas que pueden ser importantes durante una enfermedad grave. Estos son el poder médico y la orden fuera del hospital no resucitar. Es posible que desee hablar con su médico, su familia, el representante del hospital u otros sobre ellos. Es posible que también desee hacer una directiva para la donación de órganos y tejidos.

Usted necesita dos testigos los cuales a firmar esta Directiva afirman que reconocen su firma. Ambos testigos deben tener al menos 18 años y ser competentes (en buena salud mental).

Y, "Testigo 1" no debe ser:

- alguien a quien usted ha pedido que tome decisiones de atención médica para usted.
- una persona que es pariente de usted por la sangre o el matrimonio.
- una persona que tiene derecho a cualquier parte de su patrimonio. (Esta persona no puede hacer una reclamación contra su patrimonio.)
- su médico o un empleado de su médico asistente.
- un funcionario, director, socio o empleado de una oficina de negocios de la institución de salud donde usted está siendo atendido, o de cualquier organización madre de la institución de salud. (Si el Testigo 1 es un empleado de una institución de salud donde usted está siendo atendido, él / ella no debe estar directamente involucrado en su cuidado).

En lugar de tener dos testigos, usted puede firmar la directiva ante un notario público.

# Directive

## Directiva

I, \_\_\_\_\_, recognize that the best health care is based upon a partnership of trust and communication with my physician. My physician and I will make health care decisions together as long as I am of sound mind and able to make my wishes known. If there comes a time that I am unable to make medical decisions about myself because of illness or injury, I direct that the following treatment preferences be honored:

Yo, \_\_\_\_\_, reconozco que la mejor atención médica se basa en una asociación de confianza y comunicación con mi médico. Mi médico y yo tomaremos decisiones sobre mi atención sanitaria juntos, siempre y cuando yo esté en pleno uso de mis facultades mentales y sea capaz de hacer conocidos mis deseos. Si llega el momento en que no pueda tomar mis propias decisiones médicas sobre mí debido a una enfermedad o lesión, ordeno que se cumplan las siguientes preferencias de tratamiento:

If, in the judgment of my physician, I am suffering with a terminal condition from which I am expected to die within six months, even with available life sustaining treatment provided in accordance with prevailing standards of medical care:

Si, a juicio de mi médico, estoy sufriendo con una condición terminal de la cual se espera que muera dentro de los seis meses, incluso con el tratamiento de mantenimiento de la vida disponible que se proporciona de acuerdo con las normas vigentes de atención médica:

\_\_\_\_ I request that all treatments other than those needed to keep me comfortable be discontinued or withheld and my physician allow me to die as gently as possible;

Solicito que todos los tratamientos que no sean los necesarios para mantenerme cómodo sean suspendidos o quitados y mi médico me permita morir lo más suavemente posible;

Or

\_\_\_\_ I request that I be kept alive in this terminal condition using available life-sustaining treatment. **(This selection does not apply to hospice care.)**

Solicito que me mantengan vivo en esta condición terminal usando el tratamiento de mantenimiento de la vida disponible. (Esta selección no se aplica al tratamiento paliativo.)

If, in the judgment of my physician, I am suffering with an irreversible condition so that I cannot care for myself or make decisions for myself and am expected to die without life sustaining treatment provided in accordance with prevailing standards of care:

Si, a juicio de mi médico, estoy sufriendo con una condición irreversible para que yo no pueda cuidarme ni tomar decisiones por mí mismo y se espera que muera sin tratamiento de mantenimiento de vida proporcionado de acuerdo con los estándares vigentes de cuidado:

\_\_\_\_\_ I request that all treatments other than those needed to keep me comfortable be discontinued or withheld and my physician allow me to die as gently as possible;

Solicito que todos los tratamientos que no sean los necesarios para mantenerme cómodo sean suspendidos o quitados y mi médico me permita morir lo más suavemente posible;

Or

\_\_\_\_\_ I request that I be kept alive in this irreversible condition using available life-sustaining treatment. **(This selection does not apply to hospice care.)**

Solicito que me mantengan vivo en esta condición irreversible usando el tratamiento de mantenimiento de vida disponible. (Esta selección no se aplica al cuidado paliativo.)

**Other requests:** (After talking to your physician, you may want to list particular treatments in this space that you *do* or *do not* want in specific circumstances, such as artificial nutrition and fluids, intravenous antibiotics, etc. Be sure to state whether you do or do not want the particular treatment.)

Otras solicitudes: (Después de hablar con su médico, puede que desee enumerar tratamientos en este espacio que usted quiera o no quiera en circunstancias específicas, como nutrición e hidratación artificiales, antibióticos intravenosos, etc. Asegúrese de indicar si quiere o no quiere el tratamiento específico.)

---

---

---

After signing this directive, if my representative or I elect hospice care, I understand and agree that only those treatments needed to keep me comfortable would be provided and I would not be given available life-sustaining treatments.

Después de firmar esta directiva, si mi representante o yo elegimos tratamiento paliativo, entiendo y estoy de acuerdo en que solo se proporcionarán los tratamientos necesarios para mantenerme cómodo y no se me darán tratamientos de mantenimiento de vida disponibles.

If I do not have a Medical Power of Attorney, and I am unable to make my wishes known, I designate the following person(s) to make treatment decisions with my physician compatible with my personal values: (You do not need to fill out this part, if you already have a valid Medical Power of Attorney.)

Si no tengo un poder médico y no puedo dar a conocer mis deseos, designo a las siguientes personas para que tomen decisiones de tratamiento con mi médico que sean compatibles con mis valores personales: (No es necesario rellenar esta parte, si ya tiene un Poder Médico válido.)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

If the people listed above are not available, or if I have not designated a spokesperson, I understand that a spokesperson will be chosen for me following standards specified in the laws of Texas. If, in the judgment of my physician, my death is imminent within minutes to hours, even with the use of all available medical treatment provided within the prevailing standard of care, I acknowledge that all treatments may be withheld or removed except those needed to maintain my comfort. I understand that under Texas law this directive has no effect if I have been diagnosed as pregnant. This directive will remain in effect until I revoke it. No other person may do so.

Si las personas mencionadas arriba no están disponibles, o si no he designado a otra persona, entiendo que se elegirá a alguien siguiendo los estándares especificados en las leyes de Texas. Si, a juicio de mi médico, mi muerte es inminente en cuestión de minutos u horas, incluso con el uso de todos los tratamientos médicos disponibles proporcionados dentro del estándar de tratamiento prevalente, reconozco que todos los tratamientos pueden ser quitados o eliminados excepto aquellos necesarios para mantenerme cómodo. Entiendo que bajo la ley de Texas esta Directiva no se efectuará si me han diagnosticado como embarazada. Esta Directiva permanecerá vigente hasta que la revoque. Ninguna otra persona puede hacerlo.

Date: \_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_  
Type or print name your name here  
Escriba a máquina o imprima su nombre aquí

\_\_\_\_\_  
Sign here  
Firme aquí

Your address (City, County, State) \_\_\_\_\_  
Su dirección (ciudad, condado, estado)

Two competent adult witnesses must sign below, acknowledging the signature of the declarant. The witness designated as Witness 1 may not be a person designated to make a treatment decision for the patient and may not be related to the patient by blood or marriage. This witness may not be entitled to any part of the estate and may not have a claim against the estate of the patient. This witness may not be the attending physician or an employee of the attending physician. If this witness is an employee of a health care facility in which the patient is being cared for, this witness may not be involved in providing direct patient care to the patient. This witness may not be an officer, director, partner, or business office employee of a health care facility in which the patient is being cared for or of any parent organization of the health care facility.

Dos testigos adultos competentes deben firmar a continuación, reconociendo la firma del declarante. El testigo designado como Testigo 1 no puede ser una persona designada para tomar una decisión de tratamiento para el paciente y no puede estar relacionada con el paciente por sangre o matrimonio. Este testigo no puede tener derecho a ninguna parte de la herencia y no puede tener ninguna reclamación contra la herencia del paciente. Este testigo no puede ser el médico o un empleado del médico que lo atiende. Si este testigo es un empleado de un centro de salud en el que el paciente está siendo atendido, este testigo puede no estar involucrado en proveer tratamiento directo al paciente. Este testigo no puede ser un funcionario, director, socio o empleado de la oficina de un centro de tratamiento médico en el que el paciente esté siendo atendido o de cualquier organización madre del centro de tratamiento médica.

---

Type or print name of Witness 1

Escriba a máquina o imprima el nombre del testigo 1

Witness 1 signs here

Testigo 1 firma aquí

---

Type or print name of Witness 2

Escriba o imprima el nombre del testigo 1

Witness 2 signs here

Testigo 2 firma aquí

**Definitions:**

"Artificial nutrition and hydration" means the provision of nutrients or fluids by a tube inserted in a vein, under the skin in the subcutaneous tissues, or in the stomach (gastrointestinal tract).

"Irreversible condition" means a condition, injury, or illness:

- (1) that may be treated, but is never cured or eliminated;
- (2) that leaves a person unable to care for or make decisions for the person's own self; and

(3) that, without life-sustaining treatment provided in accordance with the prevailing standard of medical care, is fatal.

**Explanation:** Many serious illnesses such as cancer, failure of major organs (kidney, heart, liver, or lung), and serious brain disease such as Alzheimer's dementia may be considered irreversible early on. There is no cure, but the patient may be kept alive for prolonged periods of time if the patient receives life-sustaining treatments. Late in the course of the same illness, the disease may be considered terminal when, even with treatment, the patient is expected to die. You may wish to consider which burdens of treatment you would be willing to accept in an effort to achieve a

particular outcome. This is a very personal decision that you may wish to discuss with your physician, family, or other important persons in your life.

Definiciones:

"Nutrición e hidratación artificiales" significa la provisión de nutrientes o líquidos por un tubo insertado en una vena, debajo de la piel en los tejidos subcutáneos o en el estómago (tracto gastrointestinal).

"Estado irreversible" significa una afección, lesión o enfermedad:

(1) que puede tratarse, pero nunca se cura ni se elimina;

(2) que deja a una persona incapaz de cuidar o de tomar decisiones por su propio ser; y

(3) que, sin tratamiento de mantenimiento de la vida proporcionado de acuerdo con la norma vigente de atención médica, es fatal.

Explicación: Muchas enfermedades graves como el cáncer, el fracaso de los principales órganos (riñón, corazón, hígado o pulmón) y enfermedades cerebrales graves como la demencia de Alzheimer pueden considerarse irreversibles desde el principio. No hay cura, pero el paciente puede mantenerse vivo durante períodos prolongados de tiempo si el paciente recibe tratamientos de mantenimiento de la vida. Tarde en el transcurso de la misma enfermedad, la enfermedad puede considerarse terminal cuando, incluso con el tratamiento, se espera que el paciente muera. Es posible que desee considerar las cargas de tratamiento que estaría dispuesto a aceptar en un esfuerzo por lograr un resultado particular. Esta es una decisión muy personal que quizás desee discutir con su médico, su familia u otras personas importantes en su vida.

**"Life-sustaining treatment" means treatment that, based on reasonable medical judgment, sustains the life of a patient and without which the patient will die. The term includes both life-sustaining medications and artificial life support such as mechanical breathing machines, kidney dialysis treatment, and artificial hydration and nutrition. The term does not include the administration of pain management medication, the performance of a medical procedure necessary to provide comfort care, or any other medical care provided to alleviate a patient's pain.**

"Tratamiento de mantenimiento de la vida" significa el tratamiento que, basado en un juicio médico razonable, sostiene la vida de un paciente y sin el cual el paciente va a morir. El término incluye tanto los medicamentos que sustentan la vida como el soporte de vida artificial, tales como máquinas de respiración mecánica, tratamiento de diálisis renal e hidratación artificial y nutrición. El término no incluye la administración de medicamentos para el manejo del dolor, el desempeño de un procedimiento médico necesario para proporcionar cuidado de confort, o cualquier otra atención médica proporcionada para aliviar el dolor del paciente.

"Terminal condition" means an incurable condition caused by injury, disease, or illness that according to reasonable medical judgment will produce death within six months, even with available life-sustaining treatment provided in accordance with the prevailing standard of medical care.

Explanation: Many serious illnesses may be considered irreversible early in the course of the illness, but they may not be considered terminal until the disease is fairly advanced. In thinking about terminal illness and its treatment, you again may wish to consider the relative benefits and burdens of treatment and discuss your wishes with your physician, family, or other important persons in your life.

"Condición terminal" significa una condición incurable causada por lesión, enfermedad o enfermedad que, de acuerdo con un juicio médico razonable, producirá la muerte dentro de los seis meses, incluso con el tratamiento de mantenimiento de la vida disponible, de acuerdo con el estándar de atención médica vigente.

Explicación: Muchas enfermedades graves pueden ser consideradas irreversibles al principio de la enfermedad, pero no pueden considerarse terminales hasta que la enfermedad esté bastante avanzada. Al pensar en la enfermedad terminal y en su tratamiento, quizá desee considerar los beneficios relativos y las cargas del tratamiento y discutir sus deseos con su médico, su familia u otras personas importantes en su vida.

**YOU MAY CHOOSE TO FOREGO THE WITNESSES AND SIGN THIS DIRECTIVE IN THE PRESENCE OF A NOTARY PUBLIC. Complete the following:**

**USTED PUEDE ESCOGER ANULAR LOS TESTIGOS Y FIRMAR ESTA DIRECTIVA EN PRESENCIA DE UN NOTARIO PÚBLICO. Complete lo siguiente:**

STATE OF TEXAS §  
Estado de Texas §  
COUNTY OF \_\_\_\_\_ §  
Condado de \_\_\_\_\_ §

**BEFORE ME**, the undersigned authority, on this day personally appeared \_\_\_\_\_, known to me to be the Declarant whose name is subscribed to the foregoing instrument in her capacity, and, said person being by me duly sworn, the Declarant, \_\_\_\_\_, declared to me in my presence that said instrument is her Directive to Physicians and Family or Surrogates, and that she had willingly and voluntarily made and executed it as her free act and deed for the purposes therein expressed.

\_\_\_\_\_  
Declarant (Your Name)

**SUBSCRIBED AND ACKNOWLEDGED BEFORE ME** by the said Declarant, \_\_\_\_\_ on this the \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notary Public in and for the State of Texas

ANTES DE MÍ, la autoridad abajo firmante, en este día apareció personalmente \_\_\_\_\_, conocido por ser el Declarante cuyo nombre está suscrito al instrumento precedente en su capacidad, y, dicha persona está a mi lado jurado, el Declarante, \_\_\_\_\_, declarado En mi presencia que dicho instrumento es su Directiva a Médicos y Familias o Sustitutos, y que voluntaria y voluntariamente lo había hecho y ejecutado como su acto libre y hecho para los propósitos expresado en ella.

\_\_\_\_\_  
Declarante (su nombre)

SUSCRITO Y RECONOCIDO ANTE MÍ por el declarante,  
\_\_\_\_\_ en este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notario Público en y para el Estado de Texas