



Planificación de cuidado anticipada

Una guía para pacientes y familiares

ATENCIÓN: Los servicios de interpretación y traducción están disponibles de forma gratuita en español, francés, lengua de señas estadounidense y otros idiomas. Llama al 217-588-7770 (los usuarios de TTY primero deben marcar 711). Memorial Health cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Le recomendamos llevar esta guía a las citas de atención médica y las hospitalizaciones.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Número de teléfono _____

Apoderado actual/familiar más cercano/miembros de la familia _____

Cuidador actual (si corresponde) _____

Afiliación espiritual/cultural _____

Otros documentos pertinentes y dónde encontrarlos _____

Afecciones o problemas médicos actuales _____

RESUMEN DEL PLAN DE CUIDADO ANTICIPADO

Completé esta guía junto con _____

He hablado sobre mis deseos de atención médica con

Apoderado para atención médica Familiares Médico

Otros _____

Tipo de tratamiento deseado Resucitación completa No resucitar Indeciso

Mis objetivos de cuidado Vivir más tiempo Mantener mi estado de salud actual

Comodidad

DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Poder notarial Testamento en vida Orden médica de soporte vital Otro _____

Ubicación de las directivas anticipadas _____



Es importante planificar sus futuras decisiones de atención médica.

Este folleto se diseñó para lo siguiente:

- 1 Brindarle orientación para comprender sus propios valores, creencias y objetivos de cuidado en lo que respecta a sus afecciones médicas actuales o futuras.
- 2 Ofrecerle consejos sobre cómo tratar el tema con sus familiares y seres queridos.
- 3 Explicarle qué es una directiva anticipada.
- 4 Brindarle los documentos necesarios para preparar y registrar sus deseos de atención médica.

Índice

| | |
|---|----|
| Introducción | 2 |
| Comprensión de sus deseos | 3 |
| Objetivos de las decisiones de atención médica | 6 |
| Conversación con su familia | 8 |
| Conversación con sus proveedores de atención médica | 10 |
| Directivas anticipadas | 13 |

Introducción

Al igual que muchas otras personas, es posible que usted haya postergado la planificación anticipada del cuidado en relación con sus tratamientos futuros de atención médica. Estas son algunas situaciones para tener en cuenta:

La historia de Carrie

Carrie tenía **65 años y acababa de jubilarse**. Se había divorciado de su esposo 15 años antes. Sus hijos mellizos estaban yendo a la universidad cuando le diagnosticaron cáncer de pulmón terminal. Carrie había leído sobre la planificación anticipada del cuidado y la importancia de documentar sus deseos y hablarlos con su familia. Le preguntó a su médico si era hora de dar ese paso. Cuando el médico le recomendó cuidado de hospicio, Carrie dedicó mucho tiempo a hablar con su familia sobre sus deseos, qué era importante para ella y qué tipos de tratamiento aceptaría. Completó su directiva anticipada y los papeles necesarios con su proveedor de atención médica. No quería cargar a su familia con el peso de tomar esas decisiones. Cuando estuvo demasiado enferma para dirigir su cuidado, sus hijos mellizos supieron exactamente qué quería su madre y honraron sus deseos.

La historia de Mary

Mary tenía **85 años. Su esposo, con quién había estado casada 60 años, había fallecido el año anterior**. Él había sido su cuidador desde que le habían diagnosticado enfermedad de Alzheimer. Su salud se había deteriorado desde su muerte: olvidaba comer y tomar sus medicamentos, y su seguridad estaba en riesgo. Pero aún tenía días buenos en los que podía cuidar de sí misma. Decidió que era mejor ir a una residencia de ancianos. Allí, el personal le preguntó si tenía un poder notarial para atención médica o una directiva anticipada. Los padres de Mary habían fallecido hacía muchos años, al igual que sus hermanas, por lo cual no tenía parientes cercanos vivos. El personal de la residencia de ancianos la ayudó a completar su directiva anticipada y la alentó a completar un poder notarial permanente para atención médica. Por suerte, una vecina y amiga de muchos años de Mary se sintió cómoda con esta responsabilidad. A medida que la enfermedad de Alzheimer evolucionó, la amiga de Mary pudo tomar decisiones en su nombre. Al documentar sus deseos de forma anticipada, Mary evitó la necesidad de tener un curador designado por un tribunal.

Comprensión de sus deseos de atención médica

¿Qué es importante para mí?

Identificar qué es importante en su vida puede parecer abrumador. ¿Dónde debe comenzar? Use el siguiente cuadro para identificar algunos de los valores más importantes relacionados con su salud y atención médica.

Tómese unos minutos para pensar en lo que es importante para usted.

| ES IMPORTANTE QUE PUEDA HACER LO SIGUIENTE: | Nivel de importancia | | | | |
|---|----------------------|---|-------|---|---|
| | Poca | | Mucha | | |
| Vivir tanto como sea posible | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Concentrarme en la calidad de vida en lugar de vivir mucho tiempo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Cuidarme a mí mismo sin asistencia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Poder levantarme de la cama (no estar postrado) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Moverme de forma independiente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Reconocer a mis familiares y amigos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tomar mis propias decisiones | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vivir en mi casa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| No sufrir dolor grave crónico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vivir sin soporte vital a largo plazo, como respiradores, sondas de alimentación o diálisis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ser financieramente independiente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Dejar una herencia sustancial a mis seres queridos o a causas que son importantes para mí | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Vivir y morir de una forma coherente con mis creencias | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Morir de forma natural (sin máquinas ni intentos de resucitación) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Tener paz espiritual | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**SI SE LE HA DIAGNOSTICADO PREVIAMENTE
UNA AFECCIÓN MÉDICA, COMIENCE AQUÍ:**

1. ¿Qué entiende sobre su afección médica actual?

2. ¿Ha habido algún cambio en su afección médica en los últimos meses?

3. ¿Su afección médica ha interferido en sus actividades diarias?

4. A partir de lo que conoce en la actualidad sobre su afección médica, ¿qué espera con su plan de tratamiento actual?

5. ¿Ha estado hospitalizado recientemente debido a su afección médica?

Si la respuesta es "sí", explique lo ocurrido. (Si la respuesta es "no", continúe con la pregunta 6).

CONTINÚE CON LAS PREGUNTAS 6 A 10

**SI NO SE LE HA DIAGNOSTICADO PREVIAMENTE
NINGUNA AFECCIÓN MÉDICA, COMIENCE AQUÍ:**

6. ¿Qué significa para usted “vivir bien”? Por ejemplo, si estuviera teniendo un buen día, ¿qué estaría haciendo? ¿Con quién estaría?

7. ¿Qué es lo que más le preocupa acerca de sus afecciones médicas actuales o futuras? ¿Qué miedos tiene?

8. Si tiene creencias culturales, ¿cuáles son?

9. Si tiene creencias espirituales, ¿cuáles son?

10. Explique sus valores y creencias en solo un par de frases:

Objetivos de las decisiones de atención médica

Cuando piense en sus decisiones de atención médica actuales y futuras, es importante que comprenda sus opciones de atención.

INFORMACIÓN SOBRE LOS TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL

Las decisiones médicas más comunes en torno a los tratamientos de soporte vital incluyen las siguientes:

Resucitación
cardiopulmonar (RCP)

Orden de no resucitar
(ONR)

Nutrición e hidratación
artificiales

¿Qué es la resucitación cardiopulmonar (RCP)?

La RCP es un procedimiento destinado a intentar reanimar el corazón y bombear sangre al cuerpo. La RCP se realiza en los siguientes casos:

- La persona ha dejado de respirar y el corazón deja de latir.
- La persona tiene un tipo de latido cardíaco sin pulso que provoca la muerte.

EN QUÉ CONSISTE LA RCP:

- Una persona capacitada en RCP aplica presión sobre el pecho para intentar reanimar el corazón.
- Una persona capacitada en RCP lleva aire hacia los pulmones.
- Podrían emplearse descargas eléctricas en el pecho.
- Si se logra reanimar el corazón, pero la persona no es capaz de respirar por sí misma, es posible que se la conecte a una máquina llamada "respirador".

¿QUÉ ES UN RESPIRADOR?

Un respirador hace el trabajo de respirar por usted si está demasiado enfermo para hacerlo por su cuenta. Se lo conecta a un respirador a través de un tubo que se le introduce por la boca hasta la tráquea. Es posible que se le administren medicamentos para sedarlo, de modo que sufra menos molestias.

¿Qué es una orden de no resucitar (ONR)?

Una ONR le impide a su equipo de atención médica realizar la RCP. Un médico podrá emitir una ONR a pedido suyo o a pedido de su agente de atención médica designado. Para que sea válida, la ONR debe estar firmada por un médico.

La ONR es solo para la RCP. Cuando usted solicita una ONR, el médico también podría preguntarle si desea una orden de “no intubar”. La intubación es la colocación de un tubo en la nariz o la boca que lo ayuda a respirar cuando usted no puede respirar por sí solo de forma suficiente. La intubación podría prevenir un infarto o un paro respiratorio.

Aunque no se le realizará la RCP a una persona que tenga una ONR, el equipo de atención tomará otras medidas para garantizarle la mayor comodidad posible.

¿Qué es la nutrición administrada médicamente?

La nutrición administrada médicamente consiste en darle alimentos líquidos y agua a alguien que está demasiado enfermo para comer o beber por sí solo. Implica la colocación de una vía intravenosa en la vena o una sonda de alimentación en el estómago.

Determinación de sus prioridades para la atención médica

Tómese un momento para definir cómo se adaptan sus creencias y valores a sus prioridades para la atención médica.

VIVIR MÁS TIEMPO

- Vivir tanto como sea posible, aunque no sepa quién soy o con quién estoy.
- Estar en el hospital y recibir toda la atención que mis médicos crean que me ayudará, aunque esto implique estar conectado a máquinas para seguir con vida.

MANTENER EL ESTADO DE SALUD ACTUAL

- Vivir más tiempo y tener calidad de vida y comodidad siempre que sea posible.
- Estar en el hospital, si es necesario para recibir una atención eficaz.
- Interrumpir los tratamientos que no funcionan o que me hacen sentir peor.
- Permitir una muerte natural si se me detiene el corazón o dejo de respirar.

COMODIDAD

- Vivir el resto de mi vida priorizando mi comodidad y calidad de vida.
- Evitar las hospitalizaciones y estar conectado a máquinas.
- Permitir una muerte natural si se me detiene el corazón o dejo de respirar.

¿Cuál de estas prioridades se adapta mejor a lo que más le importa a usted?

Conversación con su familia

Ahora que ha analizado sus creencias y valores, y ha determinado prioridades para la atención médica, es importante tener una conversación sobre sus deseos de atención médica con su familia y sus seres queridos. Esta conversación puede ser difícil, pero si habla con su familia y sus seres queridos sobre sus deseos antes de que se produzca una crisis médica, les permitirá tener una comprensión clara de los tratamientos de atención médica que desea y los que quiere evitar en el futuro.

Preparación para la conversación

¿A quién desea incluir en la conversación? ¿Quién quiere que participe en la toma de sus decisiones de salud?

¿Dónde y cómo preferiría tener esta conversación? (P. ej., llamada telefónica, en persona).

¿Tiene alguna relación en su vida que podría impedir que se desarrolle esta conversación?

¿Hay alguna tarea que deba completar antes de tener esta conversación?

ROMPER EL HIELO: ¿cómo doy el primer paso?

Podría resultar difícil iniciar la conversación con su familia. A continuación, se mencionan algunas maneras de iniciar una conversación que podría usar con sus seres queridos.

- **Afección médica:** utilice su diagnóstico médico para iniciar la conversación.

"Quiero que conozcan mis deseos para que puedan comunicarlos por mí, en caso de que mi enfermedad empeore y ya no pueda expresarme".

- **Experiencia familiar:** utilice a modo de ejemplo la experiencia de un miembro de la familia con una enfermedad grave o la muerte para ayudar a sus seres queridos a conocer sus deseos.

"Recuerdan cuando _____ recibía medidas de soporte vital después del infarto..."

- **Ejemplo de las noticias:** *"Leí un artículo sobre los cuidados de final de la vida y me hizo pensar en mis deseos".*

- **Recomendación del médico:** *"Mi médico me dio este folleto sobre la planificación de cuidado y me sugirió que hable con ustedes sobre mis deseos".*

Puede que le sorprenda la forma en la que reacciona su familia a la conversación. Recuerde que está haciendo lo mejor para protegerse a sí mismo y protegerlos a ellos. Si se siente reacio a tener esta conversación, también puede incluir a una persona neutral para que lo ayude.



Conversación con sus proveedores de atención médica

A continuación, es importante informarles a sus proveedores de atención médica sobre sus deseos de atención médica antes de que ocurra una crisis. A continuación, se presentan algunos aspectos que debe considerar:

- Dígalos a sus proveedores de atención médica que está completando sus directivas anticipadas.
- Entréguele a su proveedor de atención médica una copia de sus directivas completas.

LAS PREGUNTAS QUE PODRÍA QUERER HACERLE A SU MÉDICO INCLUYEN LAS SIGUIENTES:

- ¿Hablará abiertamente conmigo y con mi familia sobre mi enfermedad?
- ¿Qué decisiones tendremos que tomar mi familia y yo? ¿Qué tipo de recomendaciones nos dará para ayudarnos a tomar estas decisiones?
- ¿Qué hará si siento mucho dolor?
- ¿Cómo nos ayudará a encontrar profesionales especializados cuando los necesitemos (p. ej., especialistas en cuidados médicos, quirúrgicos y paliativos, líderes religiosos, trabajadores sociales, etc.)?
- ¿Me avisará si el tratamiento deja de funcionar para que mi familia y yo podamos tomar las decisiones apropiadas?
- ¿Seguirá estando disponible para mí incluso cuando se acerque el final de mi vida?



Cuidados paliativos: apoyo durante su enfermedad grave

Los cuidados paliativos consisten en atención especializada para personas que viven con enfermedades graves. Este tipo de atención se centra en brindar alivio para los síntomas y el estrés de la enfermedad. En Memorial Health, nuestro equipo de cuidados paliativos está comprometido con mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de la familia.

El equipo de cuidados paliativos trabaja en conjunto con los demás proveedores del paciente y puede ayudar a los pacientes que padecen enfermedades graves y a sus familias de las siguientes maneras:

- Garantiza que la atención coincida con los objetivos y las prioridades.
- Brinda asesoramiento y apoyo.
- Organiza reuniones familiares con el equipo de atención médica.
- Les explica a los pacientes y a sus familias qué pueden esperar en el futuro.
- Se comunican y colaboran con el equipo de atención médica.
- Recomienda abordajes para el manejo de los síntomas físicos y emocionales.
- Ayuda a identificar un sustituto para la toma de decisiones.

Los cuidados paliativos se basan en las necesidades del paciente, no en su diagnóstico ni en su pronóstico, y pueden ser apropiados para cualquier edad o etapa de una enfermedad grave.

¿CÓMO PUEDO SOLICITAR CUIDADOS PALIATIVOS?

Pídale una remisión a su médico u otro miembro del equipo médico. Para obtener más información, llame al equipo de cuidados paliativos a los siguientes números:

Decatur Memorial Hospital

217-876-4691

Jacksonville Memorial Hospital

447-784-2914

Springfield Memorial Hospital

217-788-3484

All other affiliates

217-788-3360

El servicio de cuidados paliativos se ofrece en los entornos hospitalarios y comunitarios.

Cuidado de hospicio

A medida que se acerca al final de su vida, el cuidado de hospicio puede ser apropiado para usted.

¿QUÉ ES EL CUIDADO DE HOSPICIO?

Es un tipo de atención especializada para una persona que se encuentra en la etapa final de su vida. El cuidado de hospicio se centra en manejar el dolor y otros síntomas de una persona, para que pueda vivir con la mayor comodidad posible y tener la mejor calidad de vida posible, con el tiempo que le queda.

La finalidad del cuidado de hospicio es la comodidad en lugar de la cura: tiene como objetivo tratar a una persona y sus síntomas, en lugar de la enfermedad en sí.

El cuidado de hospicio se enfoca en la persona en su totalidad: salud mental, espiritual y física. El cuidado de hospicio se centra en la familia y brinda servicios para ayudar a toda la familia en las etapas finales de la vida de su ser querido.

CÓMO ACCEDER AL CUIDADO DE HOSPICIO

Si actualmente es un paciente en el hospital y desea obtener más información sobre el cuidado de hospicio, pregúntele a un miembro de su equipo de atención hospitalaria.

No es necesario que esté en el hospital para reunir los requisitos para el cuidado de hospicio. Memorial Health ofrece servicios de hospicio a través de Memorial Home Hospice. Si le interesa obtener información sobre el cuidado de hospicio o programar una cita, llame a Memorial Home Hospice al 217-788-4663 o hable con su proveedor de atención primaria.

Directivas anticipadas

Una directiva anticipada es un documento legal en el que se describen sus deseos de tratamiento médico en caso de no poder tomar decisiones ni comunicar sus deseos por sí mismo.

Directivas anticipadas de uso común

PODER NOTARIAL PARA ATENCIÓN MÉDICA (“PODER NOTARIAL”)

- Es un documento legal que le permite designar a una persona para que tome decisiones relacionadas con la atención médica en su nombre en caso de que usted no pueda o no desee tomar las decisiones por sí mismo.
- La persona que designe se denomina “agente principal”. Este agente debe ser alguien que lo conozca bien: alguien que sepa qué es lo más importante para usted y cuáles serían sus deseos de tratamiento médico. Su agente debería ser alguien que se sienta cómodo llevando a cabo sus deseos de atención médica en su nombre.
- Puede designar agentes de respaldo, llamados “agentes sucesores”, que pueden actuar como agentes del poder notarial si el agente principal no puede hacerlo.
- Solo una persona puede actuar como agente de atención médica a la vez.
- Este documento es válido desde el momento en que lo firma hasta su muerte, a menos que especifique un límite de tiempo o cree un documento nuevo.
- Su agente tendrá la facultad de tomar cualquier decisión de atención médica cuando usted no pueda hacerlo por sí mismo, a menos que indique instrucciones o limitaciones específicas en el documento del poder notarial.
- No se requiere la firma de un médico para que el poder notarial para atención médica (POA-HC) tenga validez.

TESTAMENTO EN VIDA

- Con este documento les indica a sus seres queridos, su agente y sus proveedores de atención médica que no desea recibir un tratamiento para prolongar la vida o retrasar la muerte si sufre una enfermedad incurable o irreversible y la muerte es inminente.
- También le permite describir sus deseos específicos en cuanto a la atención médica.
- Este documento sirve como orientación para sus seres queridos y proveedores médica sobre sus deseos de tratamiento médico para el final de la vida, en caso de que no pueda expresarlos usted mismo. No es una orden médica y no tiene una duración legal permanente como el poder notarial. Si no puede hablar por sí mismo, el agente del poder notarial será la persona designada para tomar decisiones en su nombre sobre detener el tratamiento de prolongación de la vida y comenzar el tratamiento centrado en la comodidad.

Orden médica de soporte vital (POLST)

Lea detenidamente la información que aparece a continuación antes de completar un formulario de POLST.

- Una POLST no constituye una directiva anticipada. Se trata de una **orden médica** que se debe completar con un profesional de atención médica.
- Se requiere la **firma de un médico autorizado** para que tenga validez. Una vez que se firme, todo el personal médico deberá cumplirla.
- En la POLST se documentan los tipos de tratamiento, particularmente los de soporte vital, que una persona desearía recibir al final de la vida en caso de estar gravemente enferma.
- Les permite a las personas **ancianas, frágiles o gravemente enfermas** indicar si desean o no recibir resucitación cardiopulmonar en caso de tener un paro cardiopulmonar.
- Además, les permite a las personas indicar sus preferencias sobre el nivel de tratamiento que desean recibir en caso de que la afección se agrave.
- Se traslada junto con el paciente para garantizar que las preferencias de tratamiento se honren en todos los entornos de cuidado: el hogar, el hospital, el consultorio médico o el hogar de ancianos.

Para obtener más información sobre el formulario de POLST, visite **POLSTIL.org** o **dph.illinois.gov**.

Ubicación de las directivas anticipadas y documentos POLST

Es importante guardar los documentos en un lugar seguro y de fácil acceso. Asegúrese de que sus seres queridos sepan dónde encontrarlos. Entregue fotocopias de los documentos a su agente de atención médica y asegúrese de que sus médicos y cualquier otra persona involucrada en su atención también tengan copias. Esto puede incluir a miembros de la familia, amigos cercanos y miembros del clero. Algunos hospitales también guardan copias de las directivas anticipadas de los pacientes en sus registros en caso de que surja la necesidad. Cuando sea admitido en el hospital para realizarse una cirugía o recibir otro tipo de atención, traiga una copia y pida que se incorpore a su historial médico.

El **poder notarial permanente para atención médica, el testamento en vida y documentos POLST** están disponible al final de este folleto.

Si tiene preguntas o desea asistencia sobre cómo usar alguno de los formularios, comuníquese con su proveedor médico o abogado.

Las personas que no puedan costear un abogado pueden recibir asistencia con los poderes notariales para atención médica en Land of Lincoln Legal Aid. Puede obtener información adicional en **LincolnLegal.org**.



Directivas anticipadas

Aviso para la persona que firma el poder notarial para atención médica

Nadie puede predecir cuándo puede ocurrir una enfermedad grave o un accidente. Si ocurren, es posible que necesite que otra persona hable en su nombre o tome decisiones de atención médica por usted. Si planifica esto ahora, puede aumentar las probabilidades de que el tratamiento médico que reciba sea el que desea.

En Illinois, puede elegir a una persona para que sea su "agente de atención médica". Su agente es una persona en la que usted confía para que tome decisiones de atención médica en su nombre en caso de que usted no pueda o no quiera hacerlo. Estas decisiones deben basarse en sus valores y deseos personales.

Es importante que asiente por escrito el nombre de la persona que elija como agente. El formulario escrito se denomina a menudo "directiva anticipada". Puede usar este formulario u otro, siempre que cumpla con los requisitos legales de Illinois. Hay muchos recursos impresos y digitales que los guían a usted y a sus seres queridos a la hora de tener una conversación sobre estos temas. Podría serle útil leer estos recursos mientras analiza usted mismo y con otras personas el contenido de su directiva anticipada.

¿Qué cosas deseo que sepa mi agente de atención médica?

Debe evaluar la selección de un agente en detalle, dado que el agente tendrá la autoridad final en cuanto a la toma de decisiones una vez que este documento entre en vigencia, lo cual ocurre, en la mayoría de los casos, una vez que ya no puede tomar sus propias decisiones. Si bien el objetivo es que su agente tome decisiones que sean coherentes con sus preferencias y, en la mayoría de los casos, esto es lo que ocurre, debe saber que la ley le permite al agente tomar decisiones para solicitar o rechazar intervenciones médicas o detener tratamientos. Su agente deberá tener en cuenta las conversaciones que hayan tenido sobre este tema, su personalidad y cómo manejó usted problemas de atención médica importantes en el pasado. Por lo tanto, es importante que hable con su agente y su familia sobre cosas como las siguientes:

- (i) ¿Qué es lo más importante para usted en su vida?
- (ii) ¿Qué tan importante es para usted evitar el dolor y el sufrimiento?
- (iii) Si tuviera que elegir, ¿prefiere vivir tanto tiempo como sea posible o evitar el sufrimiento prolongado o una discapacidad?
- (iv) ¿Prefiere pasar sus últimos días o semanas de vida en su casa o en un hospital?
- (v) ¿Tiene creencias religiosas, espirituales o culturales que desea que su agente u otras personas tengan en cuenta?
- (vi) ¿Desea realizar un aporte importante a la ciencia médica después de su muerte mediante la donación de órganos o de todo su cuerpo?
- (vii) ¿Tiene una directiva anticipada, como un testamento en vida, que incluya sus deseos específicos en relación con la atención médica y que esté retrasando su muerte? Si tiene otra directiva anticipada, asegúrese de hablar sobre esta y sobre las decisiones de tratamiento que se incluyen y que describen sus preferencias con su agente. Asegúrese de que su agente esté de acuerdo con honrar sus deseos expresados en la directiva anticipada.

¿Qué tipos de decisiones puede tomar mi agente?

Si su médico determina en algún momento que usted no puede tomar decisiones de atención médica por sí mismo, o si no desea tomar estas decisiones, algunas acciones que puede realizar su agente son las siguientes:

- (i) hablar con los médicos y otros proveedores de atención médica sobre su afección;
- (ii) ver historias clínicas y aprobar quiénes pueden verlas;
- (iii) dar permiso para que se realicen pruebas médicas, cirugías o tratamientos o se administren medicamentos;
- (iv) elegir dónde recibirá el cuidado y qué médicos y proveedores lo atenderán;
- (v) aceptar, detener o rechazar tratamientos diseñados para mantenerlo con vida si está cercano a la muerte o no es probable que se recupere. Puede elegir incluir lineamientos o restricciones que determinen el alcance de la facultad de su agente;

- (vi) aceptar o rechazar la donación de sus órganos o todo su cuerpo si usted no ha tomado esta decisión aún. Esto puede incluir donaciones para trasplantes, investigación o educación. Debe decirle a su agente si se ha registrado como donante en el registro de consentimiento de donantes mantenido por la Secretaría de Estado de Illinois o si ha acordado donar todo su cuerpo para fines de investigación o educación médicas;
- (vii) decidir qué hacer con sus restos mortales luego de que usted fallezca, si aún no se han hecho arreglos;
- (viii) hablar con sus seres queridos para tomar una decisión, aunque el agente designado tendrá la decisión final.

Su agente no es automáticamente responsable de sus gastos de atención médica.

¿A quién debo elegir para que sea mi agente de atención médica?

Puede elegir a un miembro de su familia, pero no necesariamente. Su agente tendrá la responsabilidad de tomar decisiones sobre el tratamiento médico, incluso si otras personas cercanas a usted desean tomar otra decisión. Debe evaluar la selección de un agente en detalle, dado que esta persona tendrá la autoridad final a la hora de tomar decisiones sobre su tratamiento una vez que usted no pueda expresar sus preferencias. Elija a un familiar, amigo u otra persona que:

- (i) tenga al menos 18 años de edad;
- (ii) lo conozca bien;
- (iii) sea confiable, es decir, usted confíe en que hará lo mejor para usted, y esté dispuesto a realizar sus deseos, incluso aunque no esté de acuerdo con estos;
- (iv) se sentirá cómodo hablando con sus médicos y otros proveedores de atención médica y haciéndoles preguntas;
- (v) no se sentirá mal a la hora de realizar sus deseos en caso de que usted se enferme gravemente;
- (vi) pueda estar a su lado cuando lo necesite y esté dispuesto a aceptar este rol tan importante.

¿Qué ocurre si mi agente no está disponible o no está dispuesto a tomar decisiones en mi nombre?

Si la persona que usted eligió en primer lugar no puede cumplir este rol, entonces la tarea pasará al segundo agente que eligió. Si esta segunda persona no está disponible, entonces la tarea pasará al tercer agente. El segundo y el tercer agente son agentes sucesores y actúan como agentes de respaldo del primer agente; solo pueden actuar de a uno a la vez y en el orden que usted determinó.

¿Qué ocurrirá si no elijo un agente de atención médica?

Si se vuelve incapaz de tomar decisiones de atención médica y no ha designado a un agente por escrito, su médico y otros proveedores de atención médica le pedirán a un familiar, amigo o curador que tome las decisiones por usted. En Illinois, una ley determina qué personas pueden ser consultadas. En esta ley, cada persona se denomina "sustituto".

Hay varios motivos por los cuales podría preferir designar un agente en lugar de depender de un sustituto:

- (i) La persona o las personas enumeradas en esta ley podrían no ser la persona que usted elegiría para este rol.
- (ii) Algunos familiares o amigos podrían no ser capaces o no estar dispuestos a tomar decisiones coherentes con sus deseos.
- (iii) Los familiares y amigos podrían estar en desacuerdo en cuanto a las decisiones.
- (iv) En algunas circunstancias, un sustituto no puede tomar el mismo tipo de decisiones que un agente.

¿Qué ocurre si no hay ninguna persona en la cual confiaría para que sea mi agente?

En ese caso, es particularmente importante que hable con su médico y otros proveedores de atención médica para crear lineamientos escritos sobre lo que desea o lo que no desea, en caso de que se enferme gravemente y no pueda

expresar sus deseos. Puede completar un testamento en vida. También puede asentar sus deseos por escrito o hablarlos con su médico u otros proveedores de atención médica y pedirles que los escriban en su historia médica. También puede usar recursos impresos o digitales para guiarse en este proceso.

¿Qué debo hacer con el formulario una vez que lo complete?

Después de completar el formulario, siga estos pasos:

- (i) Firme el formulario delante de un testigo. Consulte el formulario para ver una lista de las personas que pueden ser testigo y las que no.
- (ii) Pídale al testigo que lo firme también.
- (iii) No es necesario que un escribano público firme el formulario.
- (iv) Entrégueles una copia a su agente y a cada agente sucesor.
- (v) Entréguele otra copia a su médico.
- (vi) Lleve una copia consigo cuando vaya al hospital.
- (vii) Muéstreselo a sus familiares, amigos y otras personas cercanas.

¿Qué ocurre si cambio de opinión?

Puede cambiar de opinión en cualquier momento. Si lo hace, dígaselo a alguien que tenga al menos 18 años de edad o destruya su documento y las copias. Si lo desea, puede completar un nuevo formulario. Asegúrese de entregarles una copia del nuevo formulario a todas las personas que tienen una copia del formulario anterior, incluidos, entre otros, sus agentes y sus médicos.

Si le preocupa que pueda revocar su poder notarial en el momento en que más lo necesite, puede poner sus iniciales en la casilla que aparece al final del formulario para indicar que desea un período de espera de 30 días después de expresar su intención de revocar su poder. Esto significa que si su agente está decidiendo por usted durante ese tiempo, este puede seguir tomando decisiones en su nombre. Esta elección es totalmente opcional, y no tiene por qué aceptarla. Si no opta por esta elección, puede cambiar de opinión y revocar el poder notarial en cualquier momento.

¿Qué ocurre si no quiero usar este formulario?

En caso de que no quiera usar el formulario legal de Illinois que se incluye aquí, cualquier documento que complete debe ser firmado por usted. Debe designar a un agente que tenga más de 18 años de edad y que no tenga una prohibición para actuar como su agente e indicar los poderes del agente, pero no es necesario que esté firmado por un testigo ni que se ajuste, en otros aspectos, al poder legal para atención médica.

Si tiene preguntas sobre el uso de un formulario, puede consultar a su médico, a otro proveedor de atención médica o a un abogado.



PODER NOTARIAL PARA ATENCIÓN MÉDICA

ESTE PODER NOTARIAL REVOCA TODOS LOS PODERES NOTARIALES PARA ATENCIÓN MÉDICA ANTERIORES.
(Debe firmar este formulario y hacerlo firmar por un testigo para que tenga validez).

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

Mi dirección: _____

DESEO QUE LA SIGUIENTE PERSONA SEA MI AGENTE DE ATENCIÓN MÉDICA

El agente será su representante personal conforme a la ley federal y estatal:

Nombre del agente: _____

Dirección del agente: _____

Número de teléfono del agente: _____

Marque la casilla que corresponda Si se me debe asignar un curador, nomino al agente que actúa conforme a este poder notarial como curador.

AGENTES DE ATENCIÓN MÉDICA SUCESORES (opcional):

Si el agente que seleccioné no puede o no desea tomar decisiones de atención médica en mi nombre, solicito que las personas que nombro a continuación sean los agentes sucesores. Solo una persona puede actuar como agente a la vez (agregue otra página si desea designar más agentes sucesores).

Nombre, dirección y número de teléfono del agente sucesor 1: _____

Nombre, dirección y número de teléfono del agente sucesor 2: _____

MI AGENTE PUEDE TOMAR DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA EN MI NOMBRE, INCLUIDO LO SIGUIENTE:

- (i) Aceptar, detener o rechazar un tratamiento para una afección física o mental, incluidas decisiones de vida o muerte.
- (ii) Aceptar que se me ingrese o se me dé de alta en un hospital, hogar u otro centro, incluido un centro de atención psiquiátrica.
- (iii) Tener acceso completo a mis historias clínicas y de atención psiquiátrica, y compartirlas con otras personas según sea necesario después de mi muerte.
- (iv) Llevar a cabo los planes que describí o, si no describí mis planes, tomar decisiones sobre mi cuerpo o mis restos mortales, incluida la donación de órganos, tejidos o todo el cuerpo; la realización de autopsias; la cremación y el entierro.

El otorgamiento de poder anterior tiene la intención de ser tan amplio como sea posible para que mi agente tenga la facultad de tomar las decisiones que yo podría tomar para obtener o detener cualquier tipo de atención médica, incluida la cancelación de medidas de nutrición e hidratación y otras medidas de soporte vital.

AUTORIZO A MI AGENTE A HACER LO SIGUIENTE (marque solo una casilla):

- Tomar decisiones en mi nombre solo cuando no pueda tomarlas yo mismo. Los médicos que me atienden decidirán si he perdido esta habilidad. (Si no se marca ninguna casilla, se implementará la casilla anterior).
- Tomar decisiones en mi nombre solo cuando no pueda tomarlas yo mismo. Los médicos que me atienden decidirán si he perdido esta habilidad. A partir de este momento, a los fines de asistirme en la planificación y la toma de decisiones de atención médica, mi agente tendrá acceso completo a mis historias clínicas y de atención psiquiátrica, tendrá la facultad de compartirlas según sea necesario y tendrá la capacidad de comunicarse con mi médico personal y otros proveedores de atención médica, incluida la capacidad de solicitar una opinión en cuanto a si tengo o no la capacidad de tomar decisiones por mí mismo.

Tomar decisiones en mi nombre a partir de este momento y seguir haciéndolo una vez que no pueda tomarlas por mí mismo. Mientras pueda tomar decisiones por mí mismo, puedo hacerlo si lo deseo.

El tema del tratamiento de soporte vital es de especial importancia. Los tratamientos de soporte vital pueden incluir la alimentación o la administración de líquidos mediante una sonda, el uso de respiradores y la resucitación cardiopulmonar. En general, cuando se trata de tomar decisiones sobre el tratamiento de soporte vital, se le indica a su agente que considere el alivio del sufrimiento, la calidad de vida y la posible extensión de esta y sus deseos expresados anteriormente. Su agente sopesará las cargas y los beneficios de los tratamientos propuestos a la hora de tomar decisiones en su nombre.

A continuación, se describen declaraciones adicionales sobre la cancelación o remoción del tratamiento de soporte vital. Estas pueden servir como una guía para su agente cuando tome decisiones por usted. Consulte a su médico o proveedor de atención médica si tiene preguntas sobre estas declaraciones.

SELECCIONE SOLO LA OPCIÓN A CONTINUACIÓN QUE MEJOR EXPRESE SUS DESEOS (opcional):

- La calidad de mi vida es más importante que la duración. Si estoy inconsciente y mi médico tratante cree, de acuerdo con estándares médicos razonables, que no me despertaré ni recuperaré mi habilidad para pensar, comunicarme con mis familiares y amigos y experimentar mi entorno, no deseo que se empleen tratamientos para prolongar la vida o retrasar la muerte, pero sí deseo tratamiento o cuidado para sentirme cómodo y aliviar el dolor.
- Seguir vivo es más importante, sin importar qué tan enfermo esté, cuánto esté sufriendo, el costo de los procedimientos o la baja probabilidad de recuperación. Deseo que se prolongue mi vida tanto como sea posible de acuerdo con estándares médicos razonables.

LIMITACIONES ESPECÍFICAS A LA FACULTAD DE TOMA DE DECISIONES DE MI AGENTE:

El otorgamiento de poder anterior tiene la intención de ser tan amplio como sea posible para que su agente tenga la facultad de tomar las decisiones que usted podría tomar para obtener o detener cualquier tipo de atención médica. Si desea limitar el alcance de los poderes de su agente, prescribir reglas especiales o limitar el poder para autorizar una autopsia o disponer de los restos mortales, puede hacerlo específicamente en este formulario.

Mi firma: _____

Fecha de hoy: _____

RETRASO DE REVOCACIÓN

- Decido retrasar la revocación de este poder notarial durante 30 días después de comunicar mi intención de revocarlo.
- Decido que la revocación de este poder notarial tenga efecto inmediato si comunico mi intención de revocarlo.

HAGA QUE SU TESTIGO ACEPTÉ LAS AFIRMACIONES A CONTINUACIÓN Y LUEGO COMPLETE LA PARTE DE LA FIRMA:

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

- Vi al mandante firmar este documento.
- El mandante me dijo que la firma o marca de la línea del mandante es suya.

No soy el agente ni un agente sucesor designado en este documento. No estoy relacionado con el mandante, el agente ni los agentes sucesores por sangre, matrimonio ni adopción. No soy el médico, enfermero registrado de práctica avanzada, dentista, médico podiatra, optometrista o psicólogo del mandante, ni soy pariente de ninguna de estas personas. No soy propietario ni operador (ni pariente de estos) del centro de atención médica del cual el mandante es paciente o residente.

Nombre del testigo (letra de imprenta): _____

Dirección del testigo: _____

Firma del testigo: _____

Fecha de hoy: _____



TESTAMENTO EN VIDA

Yo, _____ nacido el _____, deseo que las personas que podrían estar a cargo de mi cuidado sepan que deseo que el momento de mi muerte no se posponga artificialmente.

Si tuviera una enfermedad o lesión incurable e irreversible que me provocare la muerte de forma inminente, a criterio de mi médico tratante, deseo que no se emplee ningún procedimiento ni tratamiento que me prolongue la vida. Pido que solo se usen tratamientos que, a criterio de mi médico, contribuyan a mi comodidad.

En caso de que no pueda brindar instrucciones personalmente sobre mi cuidado, es mi intención que mis familiares y médicos honren esta declaración como parte de mi derecho legal de rechazar tratamiento médico o quirúrgico. Comprendo y acepto las consecuencias de este rechazo.

Directivas adicionales:

Firmado: _____

Ciudad, condado y estado de residencia: _____

Fecha: _____

Conozco al declarante personalmente y creo que está en su sano juicio. Vi al declarante firmar la declaración en mi presencia, o el declarante reconoció en mi presencia que había firmado la declaración, y firmé la declaración como testigo en presencia del declarante. No firmé la línea del declarante en su nombre o conforme a su instrucción. A la fecha de este instrumento, no tengo derecho a ninguna parte de la herencia del declarante según las leyes de sucesión intestada ni, a mi leal saber y entender, conforme a un testamento u otro instrumento del declarante que entre en vigencia luego de la muerte del declarante, ni soy financieramente responsable, de forma directa, de la atención médica del declarante.

Testigo: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____



Documentos POLST





Estado de Illinois
Departamento de Salud Pública

FORMULARIO DE ÓRDENES DEL MÉDICO PARA
EL TRATAMIENTO DE SOPORTE VITAL (POLST) DEL IDPH

Para los pacientes: el uso de este formulario es completamente voluntario. Si lo desea, pídale a alguien de confianza que lo acompañe cuando hable con el médico sobre el tratamiento de soporte vital (POLST, por sus siglas en inglés). **Para el personal de atención médica:** Complete este formulario solo después de haber tenido una conversación con el paciente o el representante del paciente. El proceso para tomar una decisión de POLST es para pacientes que corren el riesgo de sufrir un evento clínico potencialmente mortal porque tienen una condición médica grave que limita su vida, que puede incluir fragilidad avanzada. Con un cambio significativo en la condición médica, es posible que sea necesario escribir órdenes nuevas.

| | | |
|---|---|---|
| INFORMACIÓN DEL PACIENTE. Para los pacientes: el uso de este formulario es completamente voluntario. | | |
| Apellido del paciente | | Primer nombre del paciente |
| | | Inicial del segundo nombre |
| Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | Dirección (calle/ciudad/estado/código postal) | |
| A. <i>(Seleccione una opción)</i> | ÓRDENES PARA PACIENTE EN PARO CARDÍACO. Siga si el paciente NO tiene pulso. | |
| | <input type="checkbox"/> SÍ REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP): intente la reanimación cardiopulmonar (RCP). Utilice todas las modalidades indicadas según el protocolo médico estándar. (Requiere elegir tratamiento completo en la Sección B). | <input type="checkbox"/> NO RCP: no intente la reanimación. |
| B. <i>La sección puede dejarse en blanco</i> | ÓRDENES PARA PACIENTE SIN PARO CARDÍACO. Verifique si el paciente tiene pulso. Maximizar la comodidad es el objetivo sin importar la opción de tratamiento que se seleccione. (Cuando no se seleccione ninguna opción, siga el tratamiento completo). | |
| | <input type="checkbox"/> Tratamiento completo: el objetivo principal es intentar prevenir el paro cardíaco mediante el uso de todos los tratamientos indicados. Utilice intubación, ventilación mecánica, cardioversión y todos los demás tratamientos indicados. | |
| | <input type="checkbox"/> Tratamiento Selectivo: el objetivo principal es el tratamiento de condiciones médicas con medidas médicas limitadas. No intube ni utilice ventilación mecánica invasiva. Puede usar formas no invasivas de presión positiva en las vías respiratorias, incluidas la presión positiva continua en la vía aérea (CPAP, por sus siglas en inglés) y la presión positiva de dos niveles en las vías respiratorias (BiPAP, por sus siglas en inglés). Puede usar líquidos intravenosos, antibióticos, vasopresores y antiarrítmicos según se indique. Traslade al hospital si está indicado. | |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento enfocado en la comodidad: el objetivo principal es maximizar la comodidad a través del manejo de los síntomas. Permitir la muerte natural. Use la medicación por cualquier vía según sea necesario. Utilice oxígeno, aspiración y tratamiento manual de la obstrucción de las vías respiratorias. No use los tratamientos indicados en tratamiento completo y selectivo a menos que sea compatible con el objetivo de comodidad. Traslade al hospital solo si no se puede lograr la comodidad en el entorno actual. | | |
| C. <i>La sección puede dejarse en blanco</i> | Órdenes o instrucciones adicionales. Estas órdenes se suman a las anteriores (p. ej., suspender productos sanguíneos, no diálisis). [Los protocolos de servicios médicos de emergencia (EMS, por sus siglas en inglés) pueden limitar la capacidad de los servicios de emergencia para actuar según las órdenes de esta sección]. | |
| | | |
| D. <i>La sección puede dejarse en blanco</i> | ÓRDENES DE NUTRICIÓN ADMINISTRADA MÉDICAMENTE. Ofrézcale comida por la boca si lo tolera. (Cuando no se haya realizado ninguna selección, proporcione el estándar de atención). | |
| | <input type="checkbox"/> Proporcione nutrición e hidratación artificiales por cualquier medio, incluidas las sondas colocadas con cirugía, nuevas o existentes. | |
| | <input type="checkbox"/> Período de prueba para nutrición e hidratación artificiales, pero NO sondas colocadas con cirugía. | |
| <input type="checkbox"/> No se desea nutrición ni hidratación artificial. | | |
| E. <i>Obligatorio</i> | Firma del paciente o el representante legal. (Los documentos firmados por vía electrónica son válidos) | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Nombre en letra de imprenta (obligatorio) | Fecha |
| | Firma (obligatoria) He discutido las opciones de tratamiento y los objetivos de atención con un profesional de la salud. Si firmo como representante legal, a mi leal saber y entender, los tratamientos seleccionados son consistentes con las preferencias del paciente. | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Relación del firmante con el paciente: | | |
| <input type="checkbox"/> Paciente | <input type="checkbox"/> Agente bajo poder notarial de atención médica | <input type="checkbox"/> Suplente para la toma de decisiones de atención médica (consulte la página 2 para ver la lista de prioridades) |
| <input type="checkbox"/> Representante del menor | | |
| F. <i>Obligatorio</i> | Profesional de salud calificado. Médico, residente con licencia (segundo año o superior), enfermera de práctica avanzada o asistente médico. (Los documentos firmados por vía electrónica son válidos). | |



State of Illinois
Department of Public Health

**IDPH UNIFORM PRACTITIONER ORDER FOR
LIFE-SUSTAINING TREATMENT (POLST) FORM**

For patients: Use of this form is completely voluntary. If desired, have someone you trust with you when discussing a POLST form with a health care professional. **For health care providers:** Complete this form only after a conversation with the patient or the patient's representative. The POLST decision-making process is for patients who are at risk for a life-threatening clinical event because they have a serious life-limiting medical condition, which may include advanced frailty. With significant change in condition, new orders may need to be written.

| | | | |
|---|--|--------------------|--|
| PATIENT INFORMATION. For patients: Use of this form is completely voluntary. | | | |
| Patient Last Name | | Patient First Name | |
| Date of Birth (mm/dd/yyyy) | | MI | |
| Address (street/city/state/ZIP code) | | | |
| A <i>Required to Select One</i> | ORDERS FOR PATIENT IN CARDIAC ARREST. Follow if patient has NO pulse. | | |
| | <input type="checkbox"/> YES CPR: Attempt cardiopulmonary resuscitation (CPR). Utilize all indicated modalities per standard medical protocol. (Requires choosing Full Treatment in Section B.) | | <input type="checkbox"/> NO CPR: Do Not Attempt Resuscitation (DNAR). |
| B <i>Section may be Left Blank</i> | ORDERS FOR PATIENT NOT IN CARDIAC ARREST. Follow if patient has a pulse. Maximizing comfort is a goal regardless of which treatment option is selected. (When no option selected, follow Full Treatment.) | | |
| | <input type="checkbox"/> Full Treatment: Primary goal is attempting to prevent cardiac arrest by using all indicated treatments. Utilize intubation, mechanical ventilation, cardioversion, and all other treatments as indicated. | | |
| | <input type="checkbox"/> Selective Treatment: Primary goal is treating medical conditions with limited medical measures. Do not intubate or use invasive mechanical ventilation. May use non-invasive forms of positive airway pressure, including CPAP and BiPAP. May use IV fluids, antibiotics, vasopressors, and antiarrhythmics as indicated. Transfer to the hospital if indicated. | | |
| C <i>Section may be Left Blank</i> | <input type="checkbox"/> Comfort-Focused Treatment: Primary goal is maximizing comfort through symptom management. Allow natural death. Use medication by any route as needed. Use oxygen, suctioning and manual treatment of airway obstruction. Do not use treatments listed in Full and Selective Treatment unless consistent with comfort goal. Transfer to hospital only if comfort cannot be achieved in current setting. | | |
| | Additional Orders or Instructions. These orders are in addition to those above (e.g., withhold blood products; no dialysis). [EMS protocols may limit emergency responder ability to act on orders in this section.] | | |
| D <i>Section may be Left Blank</i> | ORDERS FOR MEDICALLY ADMINISTERED NUTRITION. Offer food by mouth if tolerated. (When no selection made, provide standard of care.) | | |
| | <input type="checkbox"/> Provide artificial nutrition and hydration by any means, including new or existing surgically-placed tubes. | | |
| | <input type="checkbox"/> Trial period for artificial nutrition and hydration but NO surgically-placed tubes. | | |
| E <i>Required</i> | <input type="checkbox"/> No artificial nutrition or hydration desired. | | |
| | Signature of Patient or Legal Representative. (eSigned documents are valid.) | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Printed Name (required) | | Date |
| | Signature (required) I have discussed treatment options and goals for care with a health care professional. If signing as legal representative, to the best of my knowledge and belief, the treatments selected are consistent with the patient's preferences. | | |
| F <i>Required</i> | <input checked="" type="checkbox"/> Relationship of Signee to Patient: | | |
| | <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Parent of minor | | <input type="checkbox"/> Agent under Power of Attorney for Health Care <input type="checkbox"/> Health care surrogate decision maker (See Page 2 for priority list) |
| | Qualified Health Care Practitioner. Physician, licensed resident (second year or higher), advanced practice nurse, or physician assistant. (eSigned documents are valid.) | | |
| F <i>Required</i> | <input checked="" type="checkbox"/> Printed Authorized Practitioner Name (required) | | Phone |
| | Signature of Authorized Practitioner (required) To the best of my knowledge and belief, these orders are consistent with the patient's medical condition and preferences. | | Date (required) |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | | |

| | | |
|----------|--|----------------------------|
| X | Nombre del médico autorizado en letra de imprenta <i>(obligatorio)</i> | Teléfono |
| | Firma del médico autorizado <i>(obligatorio)</i> a mi leal saber y entender, estas órdenes son consistentes con las preferencias del paciente. | Fecha <i>(obligatorio)</i> |

****ESTA PÁGINA ES OPCIONAL: se usa con fines informativos****

| | | |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|
| Apellido del paciente | Primer nombre del paciente | Inicial del segundo nombre |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|

El uso del Formulario de órdenes del médico para el tratamiento de soporte vital (POLST) del Departamento de Salud Pública de Illinois (IDPH, por sus siglas en inglés) siempre es voluntario. Esta orden registra los deseos de tratamiento médico de un paciente en su estado de salud actual. El paciente o el representante del paciente y un proveedor de atención médica deben reevaluar y discutir las intervenciones de forma periódica para garantizar que los tratamientos cumplan con los objetivos de atención del paciente. Este formulario se puede cambiar para reflejar nuevos deseos en cualquier momento.

Ningún formulario puede abordar todas las decisiones de tratamiento médico que pueden ser necesarias. El poder notarial para instrucciones anticipadas de atención médica (POAHC, por sus siglas en inglés) se recomienda para todos los adultos capaces, sin importar su estado de salud. Un POAHC le permite a una persona documentar, en detalle, instrucciones de atención médica futuras y nombrar a un representante legal para que hable en su nombre si no puede hablar por sí mismo.

Instrucciones anticipadas disponibles para el paciente al momento de completar este formulario

| | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Poder notarial de atención médica | <input type="checkbox"/> Declaración de testamento en vida | <input type="checkbox"/> Declaración para tratamiento de salud mental | <input type="checkbox"/> Ninguno disponible |
|--|--|---|---|

Información profesional de atención médica

| | |
|-------------------|----------|
| Nombre del médico | Teléfono |
| Título del médico | Fecha |

Cómo completar el formulario de POLST del IDPH

- Completar un formulario de POLST siempre es voluntario, no puede ser obligatorio y puede cambiarse en cualquier momento.
- Una POLST debe reflejar las preferencias actuales de las personas que completan el Formulario de POLST; fomente la realización de un POAHC.
- Se acepta el consentimiento verbal o telefónico del paciente o del representante legal.
- Las órdenes verbales o telefónicas son aceptables con la firma de seguimiento de un médico autorizado de acuerdo con la política de la instalación o la comunidad.
- Se recomienda el uso del formulario original. Las copias y fotocopias digitales, incluidos los faxes, en papel de CUALQUIER COLOR son legales y válidas.
- Los formularios con firmas electrónicas son legales y válidos.
- Un profesional de la salud calificado puede tener licencia en Illinois o en el estado donde el paciente recibe tratamiento.

Revisión de un formulario de POLST

Este formulario de POLST debe revisarse de forma periódica y a la luz de las necesidades y los deseos continuos del paciente. Estos incluyen lo siguiente:

- transferencias de un entorno de atención o nivel de atención a otro;
- cambios en el estado de salud del paciente o uso de dispositivos implantables (p. ej., DAI/estimuladores cerebrales);
- el tratamiento en curso y las preferencias del paciente; y
- un cambio en el profesional de atención primaria del paciente.

Anulación o revocación de un formulario de POLST

- Un paciente con capacidad puede anular o revocar el formulario, o solicitar un tratamiento alternativo.
- Cambiar, modificar o revisar un formulario de POLST requiere completar un nuevo formulario.
- Dibuje una línea a través de las secciones A y E y escriba "ANULADO" en la página si algún formulario de POLST se reemplaza o deja de ser válido.
- Debajo de "ANULADO" escrito, escriba la fecha de cambio y vuelva a firmar.
- Si está incluido en un registro médico electrónico, siga todos los procedimientos de evacuación del centro.

Orden de prioridad de la Ley de Sustitución de Atención Médica de Illinois (755 ILCS 40/25)

- | | |
|--|--|
| 1. Guardián de la persona del paciente | 5. Hermanos adultos |
| 2. Cónyuge o pareja del paciente de una unión civil registrada | 6. Nietos adultos |
| 3. Hijos adultos | 7. Un amigo cercano del paciente |
| 4. Padres | 8. El guardián del patrimonio del paciente |
| | 9. El custodio temporal del paciente designado según la subsección (2) de la Sección 2-10 de la Ley de Tribunales de Menores de 1987 si el tribunal ha dictado una orden que otorga dicha autoridad de conformidad con la subsección (12) de la Sección 2-10 de la Ley de Tribunales de Menores de 1987. |

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

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

****THIS PAGE IS OPTIONAL – use for informational purposes****

| | | | | |
|---|--|--|---|----|
| Patient Last Name | | Patient First Name | | MI |
| <p><i>Use of the Illinois Department of Public Health (IDPH) Practitioner Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST) Form is always voluntary. This order records a patient’s wishes for medical treatment in their current state of health. The patient or patient representative and a health care provider should reassess and discuss interventions regularly to ensure treatments are meeting patient’s care goals. This form can be changed to reflect new wishes at any time.</i></p> <p><i>No form can address all the medical treatment decisions that may need to be made. The Power of Attorney for Health Care Advance Directive (POAHC) is recommended for all capable adults, regardless of their health status. A POAHC allows a person to document, in detail, future health care instructions and name a Legal Representative to speak on their behalf if they are unable to speak for themselves.</i></p> | | | | |
| Advance Directives available for patient at time of this form completion | | | | |
| <input type="checkbox"/> Power of Attorney for Health Care | <input type="checkbox"/> Living Will Declaration | <input type="checkbox"/> Declaration for Mental Health Treatment | <input type="checkbox"/> None Available | |
| Health Care Professional Information | | | | |
| Preparer Name | | | Phone Number | |
| Preparer Title | | | Date Prepared | |

Completing the IDPH POLST Form

- The completion of a POLST form is always voluntary, cannot be mandated, and may be changed at any time.
- A POLST should reflect current preferences of persons completing the POLST Form; encourage completion of a POAHC.
- Verbal/phone consent by the patient or legal representative are acceptable.
- Verbal/phone orders are acceptable with follow-up signature by authorized practitioner in accordance with facility/community policy.
- Use of the original form is encouraged. Digital copies and photocopies, including faxes, on ANY COLOR paper are legal and valid.
- Forms with eSignatures are legal and valid.
- A qualified health care practitioner may be licensed in Illinois or the state where the patient is being treated.

Reviewing a POLST Form

This POLST form should be reviewed periodically and in light of the patient’s ongoing needs and desires. These include:

- transfers from one care setting or care level to another;
- changes in the patient’s health status or use of implantable devices (e.g., ICDs/cerebral stimulators);
- the patient’s ongoing treatment and preferences; and
- a change in the patient’s primary care professional.

Voiding or revoking a POLST Form

- A patient with capacity can void or revoke the form, and/or request alternative treatment.
- Changing, modifying, or revising a POLST form requires completion of a new POLST form.
- Draw line through sections A through E and write “VOID” across page if any POLST form is replaced or becomes invalid.
- Beneath the written "VOID" write in the date of change and re-sign.
- If included in an electronic medical record, follow all voiding procedures of facility.

Illinois Health Care Surrogate Act (755 ILCS 40/25) Priority Order

- | | |
|--|--|
| 1. Patient’s guardian of person | 5. Adult siblings |
| 2. Patient’s spouse or partner of a registered civil union | 6. Adult grandchildren |
| 3. Adult children | 7. A close friend of the patient |
| 4. Parents | 8. The patient’s guardian of the estate |
| | 9. The patient’s temporary custodian appointed under subsection (2) of Section 2-10 of the Juvenile Court Act of 1987 if the court has entered an order granting such authority pursuant to subsection (12) of Section 2-10 of the Juvenile Court Act of 1987. |

For more information, visit the IDPH Statement of Illinois law at <http://dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives>



visítenos en
memorial.health

