



Decisiones:

Vivir bien al final de la vida

Paquete de Directrices Anticipadas
Octava edición

CSOH23MD0165055_000

LeadingAge Ohio desea expresar su profundo agradecimiento y gratitud por la cooperación de la Ohio State Medical Association, Ohio Hospital Association y Ohio Osteopathic Association en el desarrollo y la distribución de este Paquete de Directrices Anticipadas: Decisiones: Vivir bien al final de la vida. También agradecemos al Colegio de Abogados del Estado de Ohio por proporcionar el lenguaje legal para los formularios del Testamento en vida y el Poder notarial para atención de la salud. El paquete incluye información sobre Órdenes de cuidados paliativos y de no reanimación, un formulario de Inscripción en el Registro de Donantes y una copia de cada uno de los formularios del Testamento en vida y el Poder notarial para atención de la salud de Ohio. Los formularios del Testamento en vida y el Poder notarial para atención de la salud cumplen con los requisitos de las leyes de Directrices Anticipadas de Ohio, con sus enmiendas vigentes a partir de marzo de 2014.



LeadingAge Ohio
2233 North Bank Drive
Columbus, Ohio 43220
www.LeadingAgeOhio.org



Ohio State Medical Association
3401 Mill Run Drive
Hilliard, Ohio 43026
www.osma.org



Ohio Hospital Association
155 East Broad Street
Columbus, Ohio 43215-3620
www.ohanet.org



Ohio Osteopathic Association
53 West Third Avenue
PO Box 8130
Columbus, Ohio 43201-0130
www.ooanet.org



Índice

Introducción	2
Respuestas a sus preguntas.....	3
Poder notarial para atención de la salud de Ohio: lo que debe saber	5
Tutela en Ohio: definiciones y preguntas frecuentes	9
Formulario del Poder notarial para atención de la salud del estado de Ohio....	11
Testamento en vida de Ohio: lo que debe saber	23
Formulario de Declaración del Testamento en vida del estado de Ohio.....	27
Formulario de Registro de Donantes del estado de Ohio	35
Ley de No Reanimación de Ohio.....	39
Opción de cuidados paliativos.....	42





Introducción

En la actualidad, los avances en medicina y tecnología médica salvan muchas vidas que hace apenas 60 años podrían haberse perdido. Lamentablemente, a veces esta misma tecnología también prolonga artificialmente la vida de personas que no tienen una esperanza razonable de recuperarse.

La muerte es una realidad ineludible de la vida. Mediante la información y los formularios que se incluyen en este paquete, queremos proporcionarle la información que necesita para documentar sus decisiones relacionadas con la atención de la salud que reciba en el futuro y tomar control de muchas elecciones con respecto a su futuro médico.

Es importante que comprenda qué permiten y qué no permiten las leyes de Ohio con respecto a expresar sus deseos y objetivos mediante el uso de herramientas como las Directrices Anticipadas de Ohio. El objetivo de este paquete es brindarle información sobre el Testamento en vida de Ohio, el Poder notarial para atención de la salud, la donación de órganos y la Ley de No Reanimación.

En 1991, Ohio reconoció su derecho a tener un Testamento en vida. La otra directriz anticipada reconocida por Ohio en ese momento era el Poder notarial para atención de la salud. Para ayudarlos a usted y a su médico a planificar una atención de la salud eficaz, en 1998, Ohio reconoció otra herramienta llamada Orden de no reanimación (Do-Not-Resuscitate, DNR).

El Testamento en vida le permite decidir y documentar, por adelantado, el tipo de atención que le gustaría recibir si quedara inconsciente de forma permanente o tuviera una enfermedad terminal y no pudiera comunicarse. El Poder notarial para atención de la salud le permite elegir a alguien para que tome decisiones por usted. Si una persona no desea que se

le realice una reanimación cardiopulmonar (RCP), puede comunicar este deseo a través de una orden del médico llamada Orden DNR. Una Orden DNR aborda los diversos métodos utilizados para reanimar a las personas cuyo corazón se ha detenido (paro cardíaco) o personas que han dejado de respirar (paro respiratorio). Esta orden del médico permite a los trabajadores médicos de emergencia y a los proveedores de atención médica cumplir con los deseos individuales sobre la reanimación dentro o fuera de un hospital, hogar para ancianos, hogar o varios otros entornos.

Por el contrario, si lo desea, puede completar los formularios del Testamento en vida o el Poder notarial para atención de la salud sin la ayuda de un abogado. Sin embargo, dado que estos son documentos legales importantes, es posible que le resulte útil consultar con un abogado.

Además de los formularios del Testamento en vida y el Poder notarial para atención de la salud, este paquete también incluye una copia del formulario de Inscripción en el Registro de Donantes. Además, incluye información sobre opciones de cuidados paliativos y opciones y problemas relacionados con el final de la vida. En la última página, encontrará una tarjeta de bolsillo práctica que le servirá para proporcionarle información importante a su proveedor de atención médica.

Los elementos que implica la redacción o determinación de los deseos propios con respecto a las Directrices Anticipadas son muy importantes. Después de revisar el contenido de este paquete, es posible que tenga preguntas o inquietudes adicionales específicas para su situación personal. En tal caso, puede ser importante que analice sus decisiones con su familia, un miembro del clero, su médico o su abogado.





Respuestas a sus preguntas

“Testamento en vida y Poder notarial para atención de la salud”

P: ¿Quién debe completar un Testamento en vida o un Poder notarial para atención de la salud?

R: Las enfermedades o lesiones graves pueden ocurrir en cualquier etapa de la vida, por lo que es importante que cualquier persona mayor de dieciocho años considere completar estos documentos. Un Testamento en vida o un Poder notarial para la atención de la salud ayudará a garantizar que se cumplan sus deseos con respecto al tratamiento de soporte vital, independientemente de su edad.

P: ¿Puedo indicar que deseo donar mis órganos después de morir a través de un Testamento en vida o un Poder notarial para la atención de la salud?

R: El Testamento en vida en Ohio ya no incluye una sección para indicar preferencias para la donación de órganos. En este folleto, encontrará instrucciones y un formulario estandarizado para registrar sus deseos con respecto a la donación de órganos y tejidos ante la Bureau of Motor Vehicles (Oficina de Vehículos Motorizados). Esta es la forma más adecuada de documentar sus deseos si desea ser donante. Este formulario debe presentarse ante la Bureau of Motor Vehicles.

P: Si declaro en mi Testamento en vida que no quiero que me conecten a equipos de soporte vital, ¿me seguirán administrando medicamentos para el dolor?

R: Sí. Un Testamento en vida afecta solo la atención que pospone la muerte de manera artificial o tecnológica. No afecta el tratamiento que alivia el dolor. Continuaría recibiendo analgésicos y otros tratamientos necesarios para preservar su comodidad. Lo mismo se aplica al Poder notarial para atención de la salud. La persona que usted designe para que tome sus decisiones de atención de la salud no puede rechazar tratamientos que alivian el dolor.

P: ¿Qué es más conveniente, un Testamento en vida o un Poder notarial para atención de la salud?

R: Es buena idea completar ambos documentos porque abordan diferentes aspectos de su atención médica. Un Testamento en vida se aplica solo cuando tiene una enfermedad terminal y no puede comunicar sus deseos con respecto a la atención de la salud o está en un estado de inconsciencia permanente. En ambos casos, si ha indicado que no desea que su muerte se posponga artificialmente y dos médicos determinan que no hay una esperanza razonable de que se recupere, se respetarán sus deseos.

Un Poder notarial para atención de la salud entra en vigencia incluso si solo está temporalmente inconsciente y es necesario tomar decisiones médicas. Por ejemplo, si quedara temporalmente inconsciente debido a un accidente o una cirugía, la persona que designe en su Poder notarial para atención de la salud podría tomar decisiones médicas en su nombre.

Si tiene ambos documentos y tiene una enfermedad terminal y no puede comunicarse o queda en un estado de inconsciencia permanente, se seguiría el Testamento en vida, ya que identifica sus deseos en estas situaciones.

P: ¿Puedo redactar un Testamento en vida o un Poder notarial para atención de la salud que indique que si me enfermo gravemente, quiero que se haga todo lo posible para mantenerme con vida?

R: Sí, pero debería hablar con un abogado sobre la redacción de un documento que exprese esos deseos en lugar de usar los formularios estándares de este paquete. También debe conversar sobre sus deseos con su médico personal.



P: Si nombro a alguien en mi Poder notarial para atención de la salud para que tome decisiones por mí, ¿cuánta autoridad tiene esa persona?

R: La persona que usted designe como su Apoderado tiene autoridad para tomar decisiones con respecto a su atención médica si usted no puede expresar sus deseos. Por este motivo, debe comunicarle a la persona que usted nombre qué piensa del tratamiento de soporte vital, la ingesta de alimentos y líquidos a través de sondas y otros problemas importantes.

Además, es importante recordar que un documento de Poder notarial para atención de la salud no es lo mismo que un documento de Poder notarial financiero, que usted podría usar para otorgar autoridad a alguien sobre sus asuntos financieros o comerciales.

P: Si no tengo esperanza de recuperarme de mi afección, ¿puedo especificar que deseo que se me retiren las sondas de alimentación y de líquidos?

R: Se necesitan instrucciones especiales para permitir la extracción de las sondas de alimentación o de líquidos si queda inconsciente de forma permanente y si las sondas de alimentación y de líquidos no son necesarias para brindarle comodidad. Si desea asegurarse de que las sondas se retiren en caso de que quede inconsciente de forma permanente, debe escribir sus iniciales en el espacio proporcionado en el formulario del Testamento en vida o el Poder notarial para atención de la salud. Si no desea que se le retiren las sondas cuando esté permanentemente inconsciente, no escriba sus iniciales en los formularios.

P: Si deseo completar un Poder notarial para atención de la salud, ¿también tengo que designar un Tutor para mi persona y patrimonio?

R: En 2014, el Poder notarial para atención de la salud de Ohio se amplió para permitirle designar a un Tutor para su persona y un Tutor para su patrimonio. En Ohio, la tutela generalmente se solicita cuando una persona queda incapacitada, por ejemplo, con demencia avanzada, y no hay ningún familiar

ni pareja dispuesta a asumir la responsabilidad de asistir a esa persona. En algunos casos, también se puede solicitar la tutela si existe un conflicto entre los familiares responsables. Si designa a un Tutor en el Poder notarial para atención de la salud, comunicaría sus preferencias al tribunal de sucesiones para que las considere en caso de que alguna vez comience un proceso de tutela. Sin embargo, no es necesario que complete esta sección si no lo desea. Si prefiere no designar un Tutor, simplemente escriba una “X” grande sobre esta sección del formulario.

P: ¿Debo usar los formularios estándares para un Testamento en vida o Poder notarial para atención de la salud o puedo redactar mis propios documentos?

R: Los formularios adjuntos fueron elaborados conjuntamente por la Ohio State Bar Association, Ohio Hospital Association, Ohio Osteopathic Association y Midwest Care Alliance. Cumplen con los requisitos de la ley de Ohio, pero no tiene la obligación de usar estos formularios. Es posible que desee consultar con un abogado para obtener asistencia en la redacción de un documento o puede redactar su propio documento. En cualquier caso, los documentos deben cumplir con el lenguaje específico que se describe en el Código Revisado de Ohio.

P: ¿Puedo usar Directrices Anticipadas u Órdenes DNR de otros estados para tomar decisiones de atención de la salud en Ohio?

R: Las Directrices Anticipadas y los formularios de decisiones de atención de la salud varían de un estado a otro. Por ejemplo, algunos estados pueden reconocer los Cinco Deseos (www.Fivewishes.org) o un formulario de Órdenes médicas para el tratamiento de soporte vital (Physician’s Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST) (www.polst.org). En virtud de la ley de Ohio, los proveedores de atención médica deben intentar respetar cualquier directriz anticipada que se les presente. Sin embargo, si habitualmente pasa tiempo en Ohio, es aconsejable que complete las Directrices Anticipadas de Ohio de acuerdo con la ley de este estado.





Poder notarial para atención de la salud de Ohio

Lo que debe saber sobre un Poder notarial para atención de la salud:

Un **Poder notarial para atención de la salud** es un documento que le permite nombrar a una persona para que actúe en su nombre y tome decisiones de atención de la salud por usted si no puede tomarlas por su cuenta. **Esta persona se convierte en un Apoderado para usted.**

El Poder notarial para atención de la salud le permite designar a un Tutor para su persona y un Tutor para su patrimonio. La designación no garantiza que esta persona será designada como su Tutor. En cambio, brinda una oportunidad para que las personas expresen sus preferencias de tutela, que pueden tenerse en cuenta si el asunto se presenta ante un tribunal de sucesiones.

Si tiene un **Poder notarial para la atención de la salud** y un **Testamento en vida**, los trabajadores de la atención de la salud deben seguir los deseos que usted indique en su **Testamento en vida** una vez que este **documento** entre en vigencia. En otras palabras, su **Testamento en vida** prevalece sobre su **Poder notarial para atención de la salud**.

Puede cambiar de opinión y revocar su **Poder notarial para atención de la salud** en cualquier momento. Puede hacerlo simplemente informándoles a su Apoderado, a su médico y a su familia que ha cambiado de opinión y que desea revocar su **Poder notarial para atención de la salud**. En este caso, es buena idea solicitar una copia del documento a cualquier persona a quien se la haya entregado.

Un Poder notarial para atención de la salud es diferente de un Poder notarial financiero que utiliza para otorgarle autoridad a alguien sobre sus asuntos financieros.

La persona que designe como su **Apoderado** en el formulario de **Poder notarial para atención de la salud** tiene el poder de autorizar y rechazar un tratamiento médico por usted. **Esta autoridad se reconoce en todas las situaciones médicas en las que usted no pueda expresar sus propios deseos.** A diferencia de un **Testamento en vida**, no se limita a situaciones en las que tiene una enfermedad terminal o está inconsciente de forma permanente. Por ejemplo, su médico o el hospital pueden consultar con su Apoderado si se lesiona en un accidente automovilístico y queda temporalmente inconsciente. También puede optar por permitir que la información médica protegida se comparta con su Apoderado de inmediato; para indicar este deseo, escriba sus iniciales en la casilla correspondiente del documento.



Existen **cinco limitaciones** a la autoridad de su Apoderado:

1. **Un Apoderado tiene autoridad limitada para ordenar que se le retire el tratamiento de soporte vital.** Su Apoderado puede ordenar que se rechace o retire el tratamiento de soporte vital solo si usted tiene una afección terminal o se encuentra en un estado de inconsciencia permanente. Incluso en esas circunstancias, el médico tratante y, si corresponde, el médico consultante, deben confirmar ese diagnóstico, y su médico tratante debe determinar que usted no tiene una posibilidad razonable de recuperar la capacidad de tomar decisiones.
2. **Su Apoderado no tiene autoridad para ordenar la suspensión de “cuidados paliativos”.** Los cuidados paliativos incluyen cualquier tipo de atención médica o de enfermería que le proporcionaría comodidad o alivio del dolor.
3. **Si está embarazada, su Apoderado no puede ordenar el retiro del tratamiento de soporte vital a menos que se cumplan ciertas condiciones.** El tratamiento de soporte vital no se puede retirar si hacerlo terminaría el embarazo, a menos que exista un riesgo sustancial para su vida o que dos médicos determinen que el feto no nacería vivo.
4. **Su Apoderado puede ordenar que la alimentación y la hidratación se suspendan solo si usted tiene una enfermedad terminal o queda inconsciente de forma permanente, y dos médicos están de acuerdo en que la alimentación y la hidratación ya no proporcionarán comodidad ni aliviarán el dolor.** Si desea darle autoridad a su Apoderado para que rechace la alimentación y la hidratación si usted queda inconsciente de forma permanente, debe indicarlo en la sección correspondiente del formulario del **Poder notarial para atención de la salud**. Si también tiene un **Testamento en vida**, debe ser coherente con su **Poder notarial para atención de la salud** con respecto al rechazo de la alimentación y la hidratación. En otras palabras, si indica en su **Poder notarial para atención de la salud** que autoriza a su Apoderado a ordenar el rechazo de la alimentación y la hidratación, también debe indicar en su **Testamento en vida** que autoriza a su médico a rechazar la alimentación y la hidratación.
5. **Si previamente ha dado su consentimiento para el tratamiento (antes de no poder comunicarse), su Apoderado no puede retirar su consentimiento a menos que se cumplan ciertas condiciones.** Su condición física debe haber cambiado o el tratamiento que aprobó ya no es beneficioso o no ha dado resultados.



Cómo completar el formulario del Poder notarial para atención de la salud:

Debe usar este formulario para designar a alguien que tome decisiones de atención médica por usted si no puede tomarlas por su cuenta.

NOTA: En virtud de la ley, la sección titulada AVISO PARA ADULTOS QUE EJECUTAN ESTE DOCUMENTO debe formar parte del documento y debe acompañar al documento y a cualquier copia distribuida.

1. Lea toda la información detenidamente. Para conocer más detalles, puede consultar las definiciones en las páginas uno y dos del formulario del Poder notarial para atención de la salud del estado de Ohio, de doce páginas, que se encuentra en este folleto.
2. En las primeras dos líneas del formulario, escriba su nombre completo y su fecha de nacimiento en letra de imprenta.
3. En la sección “Nombramiento de mi Representante legal”, complete el nombre, la dirección actual y el número de teléfono de la persona que designa como su Apoderado. Inmediatamente después, puede escribir sus iniciales en la casilla si desea que su Representante legal tenga acceso inmediato a su información médica protegida (Protected Health Care Information, PHI). Si decide no escribir sus iniciales en esta casilla, su Representante legal solo tendrá acceso a su información médica protegida si usted queda incapacitado y entra en vigencia el Poder notarial para atención de la salud.
4. En el medio de la tercera página, puede nombrar Representantes legales alternativos en los espacios indicados; si elige no nombrar Representantes legales alternativos, debe tachar las líneas no utilizadas. No puede nombrar a su médico tratante ni al administrador de ningún hogar para ancianos en el que esté recibiendo atención como su Apoderado.
5. En la página cinco del formulario del Poder notarial para atención de la salud, escrito en negrita en la sección **Instrucciones especiales**, se encuentra la declaración que autorizará a su médico a rechazar el suministro de alimentos y agua si usted queda inconsciente de forma permanente. Si desea autorizar a su médico a rechazar el suministro de alimentos y agua en esta situación, debe escribir sus iniciales en la casilla indicada.
6. En la parte inferior de la página cinco, el formulario proporciona una sección en la que puede escribir instrucciones adicionales e imponer limitaciones adicionales que considere apropiadas documentar. Puede adjuntar páginas adicionales si es necesario. Debe incluir todas las páginas adjuntas junto con cualquier copia que haga y debe anotar las páginas adjuntas en el formulario en el área relacionada.
7. En la página seis, hay una explicación de la designación de tutela. Si desea designar a la misma persona que nombró como Representante legal para que también se desempeñe como Tutor para su persona, escriba sus iniciales en la casilla indicada y tache las líneas no utilizadas. Si desea designar a una persona diferente para que se desempeñe como Tutor para su persona, escriba el nombre, la dirección y la relación que tiene con usted en la línea indicada.



8. En la página siete, puede designar a una persona para que se desempeñe como Tutor para su patrimonio. Si desea designar a la misma persona que nombró como Representante legal para que también se desempeñe como Tutor para su patrimonio, escriba sus iniciales en la casilla indicada y tache las líneas no utilizadas. Si desea designar a una persona diferente para que se desempeñe como Tutor para su patrimonio, escriba el nombre, la dirección y la relación que tiene con usted en la línea indicada. A continuación, indique si preferiría que la persona designada para desempeñarse como Tutor para su patrimonio tenga un bono de garantía o si preferiría que se renuncie a cualquier bono de garantía escribiendo sus iniciales en la casilla correspondiente.

9. Después de la designación de tutores, hay una sección en la que debe indicar si tiene o no un **Testamento en vida**.

10. En la página ocho, hay espacios para fechar y firmar el formulario. Recuerde que el **Poder notarial para atención de la salud** no se considera válido ni vigente a menos que realice una de las siguientes acciones:

Primera opción (página 9): feche y firme el **Poder notarial para atención de la salud** en presencia de dos testigos, quienes también deben firmar e incluir sus direcciones e indicar la fecha de sus firmas.

O

Segunda opción (página 9): feche y firme el **Poder notarial para atención de la salud** en presencia de un notario público y solicite que el **Poder notarial para atención de la salud** se notarice en el espacio correspondiente proporcionado en el formulario.

Las siguientes personas **no** pueden actuar como testigos de su **Poder notarial para atención de la salud**:

- *Su Representante legal principal;*
- *El Tutor para su persona o patrimonio;*
- *Su Representante legal o Tutor alternativo o sucesor;*
- *Cualquier persona que tenga un vínculo con usted por sangre, matrimonio o adopción (su cónyuge e hijos);*
- *Su médico tratante;*
- *El administrador del hogar para ancianos donde recibe atención.*





Tutela en Ohio

DEFINICIONES

Poderdante: (también conocido como Declarante) es el adulto competente que establece cualquier Directriz Anticipada como un Poder notarial, un Poder notarial para atención de la salud, un Testamento en vida u otro documento.

Representante legal: (también conocido como Apoderado) es la persona que el Poderdante nombra en la Directriz Anticipada.

Tutor: es la persona que el tribunal de sucesiones nombra para actuar en nombre del Tutor Supremo, que es el tribunal. La persona se desempeña bajo la dirección del tribunal de sucesiones y responde a ese tribunal.

NOMBRAMIENTO VS. DESIGNACIÓN

Existen muchas diferencias entre un Poderdante que **nombra** a un Representante legal para que actúe en su nombre si es necesario y un Poderdante que **designa** a una persona como su Tutor.

El **nombramiento** de un Representante legal a través de una Directriz Anticipada, como un Poder notarial, un Poder notarial para atención de la salud o un Testamento en vida, corresponde a un Poderdante que es un adulto competente. Este nombramiento ocurre antes de que surja la necesidad de que el Representante legal actúe y se realiza únicamente a discreción y deseo del Poderdante. En general, el Representante legal comienza a tomar decisiones cuando el Poderdante ya no es capaz de tomarlas.

La **designación** de una persona como Tutor para la persona, para el patrimonio o ambos corresponde a un Poderdante que es un adulto competente. La designación se realiza a través de una Directriz Anticipada antes de que surja la necesidad de un Tutor. No obstante, designar a una persona como Tutor si es necesario no significa automáticamente que la persona designada se convertirá en Tutor.

El **nombramiento** real de un Tutor para la persona, para el patrimonio o ambos corresponde únicamente a un tribunal de sucesiones en Ohio después de que el Poderdante queda incapacitado.

Designar a una persona como Tutor en cualquier Directriz Anticipada es el medio por el cual el Poderdante comunica al tribunal de sucesiones a quién desea que el tribunal designe como Tutor. Designar a una persona como Tutor no garantiza que el tribunal designará a esa persona. Existen numerosos factores que el tribunal debe examinar al tomar su decisión y quién se designa como Tutor depende absolutamente del tribunal.

Para comenzar el proceso de solicitud de la tutela, la persona designada primero debe presentar una solicitud por escrito al tribunal para convertirse en Tutor. El tribunal tomará tres (3) decisiones:

1. El Poderdante es legalmente competente;
2. Es necesario establecer una tutela en lugar de cualquier otro documento escrito, como un Poder notarial para atención de la salud; y
3. El solicitante es una persona idónea y competente que el tribunal desea nombrar como Tutor.



PREGUNTAS FRECUENTES

P: ¿Cuál es la diferencia entre un Representante legal y un Tutor?

R: El Representante legal es nombrado por el Poderdante competente y no responde a ninguna otra persona o agencia una vez que el Poderdante ya no es capaz de tomar decisiones. Un Tutor es nombrado por el tribunal de sucesiones después de que determina que el Poderdante está incapacitado; el Tutor responde al tribunal, ya que este es el tutor supremo.

P: Siempre he escuchado que si nombro a alguien como mi Representante legal, nunca habrá necesidad de que un tribunal designe a un Tutor.

R: Uno de los motivos para nombrar a un Representante legal en una Directriz Anticipada es el deseo de evitar la tutela. Sin embargo, podrían surgir numerosos motivos que exijan la necesidad de una tutela. Por ejemplo, el Poderdante podría quedar incapacitado y, por lo tanto, impedir que se nombre a otra persona que no sea la persona que actúa como Representante legal. Un amigo del Poderdante descubre que el Representante legal se está aprovechando del Poderdante. La única manera de nombrar a una persona diferente para que actúe en nombre del Poderdante incapacitado es solicitar la tutela a través del tribunal para que el tribunal pueda supervisar.

P: ¿Existen diferentes tipos de tutelas?

R: Según las necesidades del Poderdante, puede existir la necesidad de nombrar a un Tutor para la persona, para el patrimonio o ambos. Un Tutor para la persona toma decisiones con respecto a cuestiones como dónde vivir, atención de la salud, final de la vida, etc. Un Tutor para el patrimonio toma decisiones sobre cómo gastar el dinero del Poderdante conforme a las instrucciones del tribunal. Si no está seguro de qué tipo de tutela es necesaria, es aconsejable que solicite asesoramiento legal.

P: ¿Qué sucede si se designa a diferentes personas como Tutores en diferentes documentos?

R: El Poderdante puede elegir designar a diferentes personas como Tutores para el patrimonio y Tutores para la persona. La preferencia del tribunal es nombrar a una persona para que actúe como Tutor de ambos, pero puede haber razones sólidas para que diferentes personas actúen en diferentes capacidades. Por otro lado, si la designación de un Tutor pasa inadvertida y dos personas son designadas en la misma capacidad, ambas tendrán que presentar una solicitud ante el tribunal y el tribunal decidirá cuál de las dos elegir. El tribunal también puede elegir a un tercer solicitante, ni siquiera nombrado por el Poderdante. Queda a criterio exclusivo del tribunal. Es por eso que es fundamental asegurarse de que todas sus Directrices Anticipadas, como un Poder notarial general permanente, un Poder notarial para atención de la salud, un Testamento en vida y cualquier otro documento escrito que nombre a alguien para que actúe en el futuro, se coordinen y realicen con una planificación completa. Debido a la necesidad crítica de coordinar las designaciones de Representantes legales y Tutores, se recomienda trabajar con un abogado para lograr esta coherencia.

P: ¿Qué sucede si el tribunal nombra a un Tutor diferente que el Poderdante eligió como Representante legal a través de una de las Directrices Anticipadas escritas?

R: Durante el proceso de designación de un Tutor por parte del tribunal, todos los documentos de Directrices Anticipadas por escrito deben entregarse al tribunal para que los examine. En el momento de la audiencia, el tribunal determinará cuáles son los poderes del Tutor y qué sucede si alguna decisión pertenece al Representante legal. Si alguna vez existe un desacuerdo entre el Tutor y el Representante legal, el tribunal, como tutor supremo, determinará la decisión que se tomará. Si en algún momento durante el proceso de solicitud surge un conflicto, es aconsejable buscar asesoramiento legal.

P: ¿Qué sucede si nombro a un Representante legal o designo a una persona que deseo que sea mi Tutor y luego cambio de opinión?

R: Un Poderdante puede cambiar de opinión sobre a quién nombrar como Representante legal o Tutor en cualquier momento, siempre y cuando el adulto sea competente. Además, puede revocar cualquier documento y cambiar el nombre o renombrar a diferentes personas siempre que sea competente. Una vez que el Poderdante ya no es capaz de tomar decisiones sobre su persona o patrimonio, no puede cambiar ninguna Directriz Anticipada.

P: ¿Existen mínimos o máximos requeridos para la tutela del patrimonio?

R: Este es un asunto complejo que debe analizarse con asesoramiento legal.



Estado de Ohio

Poder notarial para atención de la salud

[Sección 1337 del Código Revisado de Ohio]

(Nombre completo en letra de imprenta)

(Fecha de nacimiento)

Este es mi Poder notarial para atención de la salud. Revoco todos los poderes notariales para atención de la salud anteriores que haya firmado. Comprendo la naturaleza y el propósito de este documento. Si se determina que alguna disposición es inválida o inaplicable, no afectará el resto de este documento.

Comprendo que mi Representante legal puede tomar decisiones de atención de la salud por mí solo cuando mi médico tratante haya determinado que he perdido la capacidad de tomar decisiones informadas de atención de la salud. Sin embargo, esto no exige ni implica que un tribunal deba declararme incapacitado.

Definiciones

Adulto se refiere a una persona que tiene 18 años o más.

Representante legal o Apoderado significa un adulto competente que una persona (el “Poderdante”) puede nombrar en un Poder notarial para atención de la salud para tomar decisiones de atención de la salud en nombre del Poderdante.

Alimentación o hidratación suministrada artificial o tecnológicamente significa alimentos y líquidos proporcionados a través de una sonda de alimentación o por vía intravenosa. *[Puede rechazar o suspender una sonda de alimentación o autorizar a su Representante legal del Poder notarial para atención de la salud a rechazar o suspender la alimentación o hidratación artificial].*

Bono de garantía se refiere a una póliza de seguro emitida para proteger los activos de la persona bajo tutela contra robos o pérdidas causados por el hecho de que el Tutor del patrimonio no cumple sus obligaciones.

Cuidado paliativo significa cualquier medida, procedimiento, tratamiento o intervención médica o de enfermería, incluida alimentación o hidratación, que se hace para disminuir el dolor o las molestias de un paciente, pero no para posponer la muerte.

RCP significa reanimación cardiopulmonar, una de las varias maneras de restablecer la respiración o los latidos cardíacos de una persona una vez que se ha detenido. No incluye abrir las vías respiratorias de una persona por un motivo que no sea la reanimación.

Orden de no reanimación o DNR es una orden médica escrita en el registro de un paciente para indicar que el paciente no debe recibir reanimación cardiopulmonar.



Tutor se refiere a la persona designada por un tribunal a través de un procedimiento legal para tomar decisiones en nombre de una persona bajo tutela. Se establece una **Tutela** mediante dicha designación judicial.

Atención de la salud significa cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar la salud física o mental de una persona.

Decisión de atención de la salud significa otorgar el consentimiento informado, negarse a otorgar el consentimiento informado o retirar el consentimiento informado para la atención de la salud.

El **Poder notarial para atención de la salud** es un documento legal que permite al Poderdante autorizar a un Representante legal para que tome decisiones de atención de la salud por el Poderdante en la mayoría de las situaciones de atención de la salud cuando el Poderdante ya no puede tomar decisiones. Además, el Poderdante puede autorizar al Representante legal a recopilar información médica protegida para y en nombre del Poderdante de inmediato o en cualquier otro momento. Un poder notarial para atención de la salud NO es un poder notarial financiero.

El documento del Poder notarial para atención de la salud también puede utilizarse para designar a una persona para que actúe como Tutor para la persona o para el patrimonio del Poderdante. Incluso si un tribunal designa a un Tutor para el Poderdante, el Poder notarial para atención de la salud permanece vigente a menos que el tribunal establezca lo contrario.

Tratamiento de soporte vital significa cualquier procedimiento, tratamiento, intervención u otra medida médica que, cuando se administra a un paciente, prolonga principalmente el proceso de muerte.

La **Declaración del Testamento en vida** es un documento legal que permite que un adulto competente (“Declarante”) especifique qué atención de la salud desea o no desea recibir si tiene una enfermedad terminal o queda inconsciente de forma permanente y ya no puede comunicar sus deseos. NO constituye ni reemplaza un testamento, el cual se utiliza para designar a un albacea que administre el patrimonio de una persona después de su fallecimiento.

Estado de inconsciencia permanente se refiere a una afección irreversible en la que el paciente está permanentemente inconsciente de sí mismo y su entorno. Al menos dos médicos deben examinar al paciente y estar de acuerdo en que ha perdido totalmente la función cerebral superior y no puede sufrir ni sentir dolor.

Poderdante se refiere a un adulto competente que firma un Poder notarial para atención de la salud.

Afección terminal significa una afección irreversible, incurable e intratable causada por una enfermedad, afección o lesión a la cual, conforme a un grado razonable de certeza médica y según lo determinado de acuerdo con estándares médicos razonables por el médico tratante de un Poderdante y otro médico que haya examinado al Poderdante, se aplican las dos condiciones siguientes: (1) no puede haber recuperación y (2) es probable que la muerte ocurra en un plazo relativamente corto si no se administra un tratamiento de soporte vital.

Persona bajo tutela es la persona que el tribunal ha determinado que está incapacitada. La integridad, el patrimonio financiero o ambos de la persona bajo tutela están protegidos por un Tutor que el tribunal designa y supervisa.

Nombramiento de mi Representante legal. La persona que se menciona a continuación es mi Representante legal, quien tomará las decisiones de atención de la salud por mí, según lo autorizado en este documento.

Nombre y relación del Representante legal: _____

Dirección: _____

Números de teléfono: _____



Al escribir mis iniciales, mi firma u otra marca en esta casilla, autorizo específicamente a mi Representante legal a obtener mi información médica protegida de inmediato y en cualquier momento futuro.

Orientación para el Representante legal. Mi Representante legal tomará decisiones de atención de la salud por mí en función de mis instrucciones en este documento y mis deseos que, de otro modo, mi Representante legal conoce. Si mi Representante legal cree que mis deseos entran en conflicto con lo que se incluye en este documento, prevalecerá este documento. Si no hay instrucciones y mis deseos no son claros o se desconocen para una situación en particular, mi Representante legal determinará lo mejor para mí después de considerar los beneficios, las desventajas y los riesgos que podrían derivarse de una decisión determinada. Si no hay ningún Representante legal disponible, este documento guiará las decisiones sobre la atención de mi salud.

Nombramiento de Representantes legales alternativos. Si mi Representante legal mencionado anteriormente no está disponible de inmediato o no está dispuesto o no puede tomar decisiones por mí, entonces nombro, en el siguiente orden de prioridad, a las personas enumeradas a continuación como mis Representantes alternativos *[tache cualquier línea no utilizada]*:

Tachar la sección si no se usa	Nombre del primer Representante legal alternativo y relación con este: _____
	Dirección: _____
	Números de teléfono: _____
	Nombre del segundo Representante legal alternativo y relación con este: _____
	Dirección: _____
	Números de teléfono: _____

Cualquier persona puede confiar en la declaración de cualquier Representante legal mencionado anteriormente de que está actuando debidamente conforme a este documento y no es necesario que dicha persona haga ninguna otra investigación o consulta.

Autoridad del Representante legal. A excepción de aquellos elementos que he tachado y sujeto a cualquier elección que haya tomado en este Poder notarial para atención de la salud, mi Representante legal tiene plena autoridad para tomar todas las decisiones de atención de la salud por mí. Esta autoridad incluye, entre otros, autoridad para lo siguiente:

1. Consentir la administración de fármacos, tratamientos o procedimientos (incluida una cirugía) para aliviar el dolor que mi Representante legal, con asesoramiento médico, considere que pueden brindarme comodidad, aunque dichos fármacos, tratamientos o procedimientos puedan acelerar mi muerte.
2. Si tengo una afección terminal y no tengo una Declaración del Testamento en vida que aborde el tratamiento para dicha afección, tomar decisiones con respecto al tratamiento de soporte vital, incluida la alimentación o hidratación suministrada artificial o tecnológicamente.
3. Dar, retirar o negarse a dar el consentimiento informado para cualquier procedimiento, tratamiento, intervención u otra medida de atención de la salud.
4. Solicitar, revisar y recibir cualquier información, verbal o escrita, sobre mi afección física o mental, incluidos, entre otros, todos mis registros médicos y de atención de la salud.
5. Consentir la divulgación adicional de información y divulgar información médica y relacionada con mi afección y tratamiento a otras personas.
6. Ejecutar por mí cualquier descargo u otros documentos que puedan ser necesarios para obtener información médica y relacionada.
7. Firmar consentimientos, exenciones y descargos de responsabilidad por mí y mi patrimonio para todas las personas que cumplan con las instrucciones y decisiones de mi Representante legal. Indemnizar y eximir de responsabilidad, a mi expensa, a cualquier persona que actúe en función de este Poder notarial para atención de la salud. Estaré sujeto a dicha indemnización celebrada por mi Representante legal.
8. Seleccionar, emplear y cancelar los servicios del personal de atención de la salud en el hogar y similares.
9. Seleccionar, contratar para mi ingreso, transferirme o autorizar mi alta hospitalaria de cualquier centro médico o de atención de la salud, incluidos, entre otros, hospitales, hogares para ancianos, centros de atención asistida, hogares para adultos y lugares similares.
10. Trasladarme o coordinar mi traslado a un lugar donde se respete este Poder notarial para atención de la salud, si estoy en un lugar donde no se cumplen los términos de este documento.
11. Completar y firmar por mí lo siguiente:
 - Consentimientos para un tratamiento de atención de la salud, o para la emisión de Órdenes de no reanimación (DNR) u otras órdenes similares.
 - Solicitudes para mi traslado a otro centro, para recibir el alta hospitalaria, aunque se desaconseje médicamente, u otras solicitudes similares.
 - Cualquier otro documento deseable o necesario para implementar decisiones de atención de la salud que mi Representante legal esté autorizado a tomar de conformidad con este documento.

Instrucciones especiales. *[Estas instrucciones se aplican solo si NO tengo una Declaración del Testamento en vida].*

Al escribir mis iniciales, mi firma u otra marca en esta casilla, autorizo específicamente a mi Representante legal a rechazar o, si el tratamiento ha comenzado, a retirar el consentimiento, el suministro de alimentación o hidratación por vía artificial o tecnológica si estoy en un estado de inconsciencia permanente

Y mi médico y al menos otro médico que me ha examinado han determinado, conforme a un grado razonable de certeza médica, que la alimentación y la hidratación suministradas artificial o tecnológicamente no me brindarán comodidad ni aliviarán mi dolor. [Sección 1337.13(E)(2)(a) y (b) del Código Revisado de Ohio]

Limitaciones a la autoridad del Representante legal. Comprendo que existen limitaciones a la autoridad de mi Representante legal en virtud de la ley de Ohio:

1. Mi Representante legal no tiene autoridad para rechazar ni retirar el consentimiento informado para la atención de la salud necesaria para proporcionar cuidados paliativos.
2. Mi Representante legal no tiene autoridad para rechazar ni retirar el consentimiento informado para atención de la salud si estoy embarazada, si el rechazo o retiro de atención de la salud terminarían el embarazo, a menos que el embarazo o la atención de la salud representen un riesgo sustancial para mi vida, o a menos que mi médico tratante y al menos otro médico, conforme a un grado razonable de certeza médica, determinen que el feto no nacería vivo.
3. Mi Representante legal no puede ordenar el retiro del tratamiento de soporte vital, incluida la alimentación o hidratación suministrada artificial o tecnológicamente, a menos que yo tenga una afección terminal o esté en un estado de inconsciencia permanente y dos médicos hayan determinado que el tratamiento de soporte vital no me proporcionaría o ya no me brindaría comodidad ni aliviaría mi dolor.
4. Si previamente otorgué mi consentimiento para cualquier tipo de atención de la salud, mi Representante legal no puede suspender ese tratamiento a menos que mi afección haya cambiado significativamente como para que la atención de mi salud me resulte mucho menos beneficiosa, o a menos que la atención de mi salud no esté dando el resultado esperado.

Instrucciones o limitaciones adicionales. Puedo dar instrucciones adicionales o imponer limitaciones adicionales a la autoridad de mi Representante legal. A continuación, comunico mis instrucciones o limitaciones específicas:

[Si el espacio debajo no es suficiente, puede adjuntar páginas adicionales. Si no tiene instrucciones o limitaciones adicionales, escriba "Ninguna" debajo].

DESIGNACIÓN DE UN TUTOR

[Sección 1337.28 (A) y Sección 2111.121 del Código Revisado de Ohio]

[Aunque no tiene la obligación de hacerlo, puede utilizar este documento para designar a un Tutor, en caso de que se inicien procedimientos de tutela, para su persona o su patrimonio].

Comprendo que la persona que designe no está obligada a aceptar las obligaciones de la tutela y que el tribunal de sucesiones tiene jurisdicción sobre cualquier tutela. [Sección 2111.121(C) del Código Revisado de Ohio]

Comprendo que el tribunal respetará mis designaciones, excepto que se demuestre una buena causa para no hacerlo o exista una descalificación. [Sección 2111.121(B) del Código Revisado de Ohio]

Comprendo que, si se designa a un **Tutor para la persona** para mí, las obligaciones de dicho Tutor incluirían tomar decisiones diarias de naturaleza personal en mi nombre, como alimentos, ropa y arreglos de vivienda; sin embargo, este o cualquier Poder notarial para atención de la salud posterior permanecería vigente y controlaría las decisiones de atención de mi salud, a menos que el tribunal determine lo contrario. El tribunal determinará los límites, suspenderá o rescindirá este o cualquier Poder notarial para atención de la salud posterior, si determina que la limitación, suspensión o rescisión es lo mejor para mí. [Sección 1337.28 (C) del Código Revisado de Ohio]

Es mi intención que la autoridad otorgada a mi Representante legal en mi Poder notarial para atención de la salud elimine la necesidad de que un tribunal designe a un Tutor para mi persona. Sin embargo, en caso de que comiencen dichos procedimientos, designo a las personas que figuran a continuación en el orden indicado como **Tutores para mi persona**.



Al escribir mis iniciales, mi firma, una marca de verificación u otra marca en esta casilla, designo a mi Representante legal y a mi Representante legal alternativo, si lo hubiera, como **Tutor para mi persona**, en el orden mencionado anteriormente.

Si no elijo a mi Representante legal o un Representante legal alternativo como **Tutor para mi persona**, elijo a las siguientes personas, en este orden *[tache cualquier línea no utilizada]*:

Tachar la sección si no se usa

Nombre del Tutor para mi persona y mi relación con este: _____

Dirección: _____

Números de teléfono: _____

Nombre del Tutor alternativo para mi persona y mi relación con este: _____

Dirección: _____

Números de teléfono: _____

El **Tutor para el patrimonio** es la persona designada por un tribunal para tomar decisiones financieras en nombre de la persona bajo su tutela, con la participación del tribunal. Se requiere que el Tutor para el patrimonio tenga un bono de garantía, a menos que se renuncie a dicho bono por escrito o que el tribunal lo considere innecesario.

Al escribir mis iniciales, mi firma, una marca de verificación u otra marca en esta casilla, designo a mi Representante legal o a mi Representante legal alternativo, si lo hubiera, como **Tutor para mi patrimonio**, en el orden mencionado anteriormente.

Si no elijo a mi Representante legal o un Representante legal alternativo como **Tutor para mi patrimonio**, elijo a las siguientes personas, en este orden *[tache cualquier línea no utilizada]*:

Tachar la sección si no se usa	Nombre del Tutor para mi patrimonio y mi relación con este: _____
	Dirección: _____
	Números de teléfono: _____
	Nombre del Tutor alternativo para mi patrimonio y mi relación con este: _____
	Dirección: _____
Números de teléfono: _____	

Al escribir mis iniciales, mi firma u otra marca en esta casilla, ordeno que se renuncie al bono de garantía para el Tutor o **Tutor sucesor de mi patrimonio**. [Sección 1337.28(B) del Código Revisado de Ohio]

Si **no** marco esta casilla, significa que espero que el Tutor o Tutor sucesor de mi patrimonio tenga un bono de garantía. [Sección 1337.28(B) del Código Revisado de Ohio]

Sin fecha de vencimiento. Este Poder notarial para atención de la salud no tendrá fecha de vencimiento y no se verá afectado por mi discapacidad ni por el paso del tiempo.

Ejecución por parte del Representante legal. Mi Representante legal puede tomar por mí, a mi expensa, cualquier medida que considere aconsejable para hacer cumplir mis deseos en virtud de este documento.

Exención de responsabilidad personal del Representante legal. Mi Representante legal no será responsable ante mí ni ante ninguna otra persona por ningún incumplimiento, a menos que dicho incumplimiento se haya cometido de manera deshonesto, por un motivo indebido o con una indiferencia imprudente a los fines de este documento o mis mejores intereses. [Sección 1337.35 del Código Revisado de Ohio]

Las copias son las mismas que las originales. Cualquier persona puede confiar en una copia de este documento. [Sección 1337.26(D) del Código Revisado de Ohio]

Solicitud fuera del estado. Es mi intención que este documento se respete en cualquier jurisdicción en la medida permitida por la ley. [Sección 1337.26(C) del Código Revisado de Ohio]

He completado un **Testamento en vida**:

Sí _____ No _____

FIRMA DEL PODERDANTE

Comprendo que soy responsable de informar a los miembros de mi familia y a mi médico, abogado, consejero religioso y otras personas sobre este Poder notarial para atención de la salud. Comprendo que puedo entregar copias de este documento a cualquier persona.

Comprendo que puedo presentar una copia de este Poder notarial para atención de la salud ante el tribunal de sucesiones para su custodia. [Sección 1337.12(E)(3) del Código Revisado de Ohio]

Comprendo que debo firmar este Poder notarial para atención de la salud e indicar la fecha de mi firma, y que mi firma debe ser presenciada por dos adultos que sean elegibles para presenciar mi firma O debe ser reconocida ante un notario público. [Sección 1337.12 del Código Revisado de Ohio]

Firmo con mi nombre este Poder notarial para atención de la salud

el _____, en _____, Ohio.

Director

[Elija testigos O un Reconocimiento Notarial].

TESTIGOS [Sección 1337.12(B) del Código Revisado de Ohio]

[Las siguientes personas NO PUEDEN actuar como testigos de este Poder notarial para atención de la salud:

- *Su Representante legal, si tiene uno;*
- *El Tutor para su persona o patrimonio, si tiene uno;*
- *Su Representante legal o Tutor alternativo o sucesor, si tiene uno;*
- *Cualquier persona que tenga un vínculo con usted por sangre, matrimonio o adopción (por ejemplo, su cónyuge e hijos);*
- *Su médico tratante;*
- *El administrador de cualquiera hogar para ancianos donde reciba atención].*

Doy fe de que el Poderdante firmó o reconoció este Poder notarial para atención de la salud en mi presencia, y de que el Poderdante parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y no parece estar sujeto a coacción, fraude ni influencia indebida.

_____/_____/_____
Firma del primer testigo Nombre del primer testigo Fecha
en letra de imprenta

Dirección del primer testigo

_____/_____/_____
Firma del segundo testigo Nombre del segundo testigo Fecha
en letra de imprenta

Dirección del segundo testigo

O bien, si no hay testigos:

RECONOCIMIENTO NOTARIAL [Sección 1337.12 del Código Revisado de Ohio]

Estado de Ohio
Condado de _____.

El _____, ante mí, el notario público abajo firmante, compareció personalmente

_____, Poderdante del Poder notarial para atención de la salud mencionado anteriormente, y quien ha reconocido que firmó dicho documento para el propósito expresado en este. Doy fe de que el Poderdante parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y no parece estar sujeto a coacción, fraude ni influencia indebida.

Notario público

Mi nombramiento vence: _____

Mi nombramiento es permanente: _____

©Enero de 2022. Puede reimprimirse y copiarse para su uso por parte del público, abogados, médicos y osteópatas, hospitales, asociaciones de abogados, sociedades médicas y asociaciones y organizaciones sin fines de lucro. No puede reproducirse comercialmente para la venta con fines de lucro.

AVISO PARA ADULTOS QUE EJECUTAN ESTE DOCUMENTO

Este es un documento legal importante. Antes de ejecutar este documento, debe conocer esta información:

Este documento le otorga a la persona que designe (el Apoderado) el poder de tomar la MAYORÍA de las decisiones de atención de la salud por usted si pierde la capacidad de tomar decisiones informadas de atención de la salud por su cuenta. Este poder entra en vigencia solo cuando su médico tratante determine que ha perdido la capacidad de tomar decisiones informadas de atención de la salud por su cuenta y, a pesar de este documento, siempre que usted tenga la capacidad de tomar decisiones informadas de atención de la salud por su cuenta, conserva el derecho de tomar todas las decisiones médicas y otras decisiones de atención de la salud por su cuenta.

Puede incluir limitaciones específicas en este documento sobre la autoridad del Apoderado para tomar decisiones de atención de la salud por usted.

Sujeto a cualquier limitación específica que incluya en este documento, si su médico tratante determina que ha perdido la capacidad para tomar una decisión informada sobre un asunto de atención de la salud, GENERALMENTE, el Apoderado estará autorizado por este documento para tomar decisiones de atención de la salud por usted en la misma medida en que usted podría tomarlas por su cuenta, si tuviera la capacidad de hacerlo. La autoridad del Apoderado para tomar decisiones de atención de la salud en su nombre GENERALMENTE incluirá la autoridad para otorgar el consentimiento informado, negarse a otorgar el consentimiento informado o retirar el consentimiento informado para cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento cuyo fin sea mantener, diagnosticar o tratar una afección física o mental.

SIN EMBARGO, incluso si el Apoderado tiene autoridad general para tomar decisiones de atención de la salud en su nombre en virtud de este documento, NUNCA estará autorizado a realizar ninguna de las siguientes acciones.

(1) Rechazar o retirar el consentimiento informado para el tratamiento de soporte vital, a menos que su médico tratante y otro médico que lo examine determinen, conforme a un grado razonable de certeza médica y de acuerdo con estándares médicos razonables, que su caso es uno de los siguientes:

(a) Tiene una afección irreversible, incurable e intratable causada por una enfermedad, afección o lesión
(i) de la cual no puede recuperarse y
(ii) es probable que su muerte ocurra en un plazo relativamente corto si no se administra un tratamiento de soporte vital, y su médico tratante determina además, conforme a un grado razonable de certeza médica y de acuerdo con estándares médicos razonables, que no existe una posibilidad razonable de que recupere la capacidad de tomar decisiones informadas de atención de la salud por su cuenta.

(b) Usted se encuentra en un estado de inconsciencia permanente que se caracteriza por haber perdido irreversiblemente la conciencia de sí mismo y de su entorno, y por una pérdida total del funcionamiento cortical cerebral, lo que hace que no tenga capacidad de experimentar dolor o sufrimiento, y su médico tratante determina además, conforme a un grado razonable de certeza médica y de acuerdo con estándares médicos razonables, que no existe una posibilidad razonable de que recupere la capacidad de tomar decisiones informadas de atención de la salud por su cuenta.

(2) Rechazar o retirar el consentimiento informado para atención de la salud necesaria para proporcionarle cuidados paliativos (excepto que, si el Apoderado no tiene prohibido hacerlo en virtud del punto (4) a continuación, podría rechazar o retirar el consentimiento informado para el suministro de alimentación o hidratación según se describe en el punto (4) a continuación). **(Debe comprender que la ley de Ohio define los cuidados paliativos como el sustento (alimentación) o líquidos (hidratación) administrados artificial o tecnológicamente para disminuir su dolor o molestia, no para posponer su muerte, y cualquier otro procedimiento, tratamiento, intervención**

u otra medida médica o de enfermería que se tomaría para disminuir su dolor o molestia, no para posponer su muerte. En consecuencia, si su médico tratante determinara que un procedimiento, tratamiento, intervención u otra medida médica o de enfermería descrita anteriormente no servirá o ya no servirá para brindarle comodidad o aliviar su dolor, entonces, sujeto al punto (4) a continuación, su Apoderado estaría autorizado a rechazar o retirar el consentimiento informado para el procedimiento, tratamiento, intervención u otra medida).

(3) Rechazar o retirar el consentimiento informado para atención de la salud si está embarazada y si el rechazo o retiro terminarían el embarazo (a menos que el embarazo o la atención de la salud representen un riesgo sustancial para su vida, o a menos que su médico tratante y al menos otro médico que la examine determinen, conforme a un grado razonable de certeza médica y de acuerdo con estándares médicos razonables, que el feto no nacería vivo).

(4) Rechazar o retirar el consentimiento informado para el suministro de sustento (alimentación) o líquidos (hidratación) administrados artificial o tecnológicamente, a menos que:

(a) Tenga una afección terminal o se encuentre en un estado de inconsciencia permanente.

(b) Su médico tratante y al menos otro médico que lo haya examinado determinen, conforme a un grado razonable de certeza médica y de acuerdo con estándares médicos razonables, que la alimentación o hidratación no servirá o ya no servirá para brindarle comodidad o aliviar su dolor.

(c) Si se encuentra en un estado de inconsciencia permanente, y solo en ese caso, usted autorice al Apoderado a rechazar o retirar el consentimiento informado para que le suministren alimentación o hidratación al hacer lo siguiente en este documento:

(i) Incluir una declaración en mayúsculas u otro formato visible, incluidas, entre otras, una fuente diferente, letras más grandes o en negrita, que indique que el Apoderado puede rechazar o retirar el consentimiento informado para el suministro de alimentación o hidratación si usted se encuentra en un estado de inconsciencia permanente y se determina que la alimentación o hidratación no servirá o ya no servirá para brindarle comodidad o aliviar su dolor; o bien, marcar una casilla o línea (si la hubiera) adyacente a una declaración similar en este documento;

(ii) Escribir sus iniciales o su firma debajo o junto a la declaración o la marca descrita anteriormente.

(d) Su médico tratante determine, de buena fe, que usted autorizó al Apoderado a rechazar o retirar el consentimiento informado para el suministro de alimentación o hidratación si se encuentra en un estado de inconsciencia permanente porque cumple con los requisitos del punto (4)(c)(i) y (ii) anteriores.

(5) Retirar el consentimiento informado para cualquier atención de la salud que haya consentido previamente, a menos que un cambio en su condición física haya disminuido significativamente el beneficio de dicha atención de la salud, o a menos que la atención de la salud no sea, o ya no sea, significativamente eficaz para lograr los resultados esperados.

Además, al ejercer la autoridad para tomar decisiones de atención de la salud por usted, el Apoderado tendrá que actuar de manera coherente con sus deseos o, si no conoce sus deseos, actuar en su mejor interés. Puede expresarle sus deseos al Apoderado incluyéndolos en este documento o puede comunicárselos de otro modo.

Cuando actúe de conformidad con este documento, GENERALMENTE, el Apoderado tendrá los mismos derechos que tiene usted de recibir información sobre la atención de la salud propuesta, revisar los registros de atención de la salud y dar su consentimiento para la divulgación de los registros de atención de la salud. Si lo desea, puede limitar ese derecho en este documento.

En general, puede designar a cualquier adulto competente como Apoderado en virtud de este documento. Sin embargo, en virtud de este documento, NO PUEDE designar como Apoderado a su médico tratante ni al administrador de ningún hogar para ancianos en el que esté recibiendo atención. Sin embargo, en virtud de este documento, NO PUEDE designar como Apoderado a su médico tratante ni al administrador de ningún hogar para ancianos en el que esté recibiendo atención. Además, en virtud de este documento, NO PUEDE designar como Apoderado a un empleado o agente de su médico tratante, ni a un empleado o agente de un centro de atención de la salud en el que esté siendo tratado, a menos que ese empleado o agente sea un adulto competente y tenga un vínculo con usted por sangre, matrimonio o adopción, o a menos que ese empleado o agente sea un adulto competente y usted y el empleado o agente sean miembros de la misma orden religiosa.

Este documento no tiene fecha de vencimiento en virtud de la ley de Ohio, pero puede elegir especificar una fecha en la que vencerá su poder notarial permanente para atención de la salud. No obstante, si especifica una fecha de vencimiento y luego carece de la capacidad para tomar decisiones informadas de atención de la salud por su cuenta en esa fecha, el documento y el poder que le otorga a su Apoderado continuarán vigentes hasta que recupere la capacidad de tomar decisiones informadas de atención de la salud por su cuenta.

Tiene derecho a revocar la designación del Apoderado y a revocar la totalidad de este documento en cualquier momento y de cualquier manera. Dicha revocación generalmente entrará en vigencia cuando exprese su intención de realizar la revocación. Sin embargo, si informó a su médico tratante sobre este documento, dicha revocación entrará en vigencia solo cuando se lo comunique a su médico tratante, o cuando un testigo de la revocación u otro personal de atención de la salud a quien dicho testigo comunicó la revocación se lo comunique a su médico tratante.

Si firma este documento y crea un poder notarial permanente válido para atención de la salud, revocará cualquier poder notarial permanente válido anterior para atención de la salud que haya creado, a menos que indique lo contrario en este documento.

Este documento no es válido como un poder notarial permanente para atención de la salud, a menos que sea reconocido ante un notario público o esté firmado por al menos dos testigos adultos que estén presentes cuando usted firme o reconozca su firma. Ninguna persona que tenga un vínculo con usted por sangre, matrimonio o adopción puede ser testigo. El Apoderado, su médico tratante y el administrador de cualquier hogar para ancianos en el que esté recibiendo atención tampoco son elegibles para ser testigos. Si tiene dudas sobre el contenido de este documento, consulte con su abogado para recibir una explicación.

Aviso según lo exige la Sección 1337.17 del Código Revisado de Ohio

ANEXO

Este aviso no se actualizó cuando se modificaron ciertas disposiciones de la ley con respecto al Poder notarial para atención de la salud en marzo de 2014. Tenga en cuenta los siguientes cambios:

Aunque no tiene la obligación de hacerlo, puede autorizar a su Representante legal a obtener su información médica, incluida información protegida por la ley y que de otro modo no esté disponible para su Representante legal. Puede autorizar a su Representante legal a tener acceso a su información médica inmediatamente después de firmar este documento o en cualquier momento posterior, aunque aún pueda tomar sus propias decisiones de atención de la salud.

Asimismo, aunque no tiene la obligación de hacerlo, puede utilizar este documento para designar Tutores para su persona o patrimonio, en caso de que se inicien procedimientos de tutela.

©Enero de 2022. Puede reimprimirse y copiarse para su uso por parte del público, abogados, médicos y osteópatas, hospitales, asociaciones de abogados, sociedades médicas y asociaciones y organizaciones sin fines de lucro. No puede reproducirse comercialmente para la venta con fines de lucro.



Testamento en vida de Ohio

Información que debe conocer sobre los Testamentos en vida:

Un **Testamento en vida** es un documento que le permite establecer, con anticipación, el tipo de atención médica que le gustaría recibir si quedara en un estado de inconsciencia permanente o si tuviera una enfermedad terminal y no pudiera comunicarle a su médico o familia el tipo de tratamiento de soporte vital que le gustaría recibir.

- ◆ Un **Testamento en vida** se utiliza solo en situaciones en las que no puede comunicarle a su médico qué tipo de servicios de atención de la salud desea recibir. Antes de que su Testamento en vida entre en vigencia, usted debe:

(1) Tener una enfermedad terminal (consulte la definición descrita en el formulario de Declaración del **Testamento en vida**) y no poder comunicarle sus deseos al médico con respecto a los servicios de atención de la salud;

O BIEN

(2) Estar en un estado de inconsciencia permanente. Para que se considere que está en un estado de inconsciencia permanente, dos médicos (uno de los cuales debe ser un médico especialista en un campo adecuado) deben decidir que no tiene una posibilidad razonable de recuperar la conciencia.

Independientemente de su afección, si pudiera hablar e informarle a su médico sus deseos sobre tratamientos que prolongan la vida, entonces no se utilizaría el Testamento en vida; su médico hablaría directamente con usted sobre sus deseos. El médico utiliza un Testamento en vida solo si no puede decirle lo que desea que haga.

- ◆ Un Testamento en vida puede darle a su médico autoridad para rechazar todo tratamiento de soporte vital y permitirle a usted morir naturalmente, sin tomar ninguna medida para posponer su muerte, aunque debe brindarle solo la atención necesaria para que se sienta cómodo y aliviar su dolor. Esto puede incluir escribir una Orden DNR o retirar un tratamiento de soporte vital, como la reanimación cardiopulmonar (RCP). Dicho “cuidado paliativo” también puede incluir retirar la alimentación y la hidratación (suministro de alimentos y agua) que se administran a través de sondas de alimentación o por vía intravenosa. Si queda en un estado de inconsciencia permanente y desea otorgarle a su médico autoridad para hacer esto, hay un espacio en el formulario del Testamento en vida donde debe escribir sus iniciales. Si desea continuar recibiendo alimentación e hidratación, independientemente de las circunstancias, no escriba sus iniciales en este espacio.



- ◆ Un Testamento en vida solo se puede respetar si su médico tratante y otras personas conocen su existencia. Es importante que les informe a su médico, su familia y sus amigos que tiene un Testamento en vida antes de enfermarse. Es buena idea que le entregue a su médico tratante una copia de su Testamento en vida. También es importante entregar copias a familiares y amigos para que, si es necesario, puedan informar a su médico que tiene un Testamento en vida. Además, es importante que notifique a un centro de atención de la salud que tiene este documento si ingresa como paciente. Tenga en cuenta lo siguiente: No tiene que ir a un tribunal para que su Testamento en vida entre en vigencia.
- ◆ Si se toma la decisión de rechazar o retirar el tratamiento de soporte vital, su médico debe hacer un esfuerzo razonable para notificar a la persona o personas que designe en su Testamento en vida o a su familiar más cercano.
- ◆ La ley permite que los miembros de su familia cuestionen la determinación de un médico de que usted tiene una enfermedad terminal o que se encuentra en un estado de inconsciencia permanente. Esta acción es de naturaleza limitada y solo sus familiares más cercanos pueden cuestionar la determinación del médico. Sin embargo, la ley no permite que los miembros de su familia cuestionen su propia decisión legalmente documentada de que no lo reanimen.
- ◆ Si tiene un Testamento en vida y un Poder notarial para atención de la salud, el médico debe cumplir con los deseos que indique en su Testamento en vida. En otras palabras, su Testamento en vida prevalece sobre su Poder notarial para atención de la salud. En la página cuatro del formulario del Testamento en vida, hay un espacio que puede marcar para que su médico, su familia y sus amigos sepan que tiene un Poder notarial para atención de la salud.
- ◆ Puede revocar su Testamento en vida en cualquier momento. Puede hacerlo simplemente informándoles a su médico y a su familia que ha cambiado de opinión y que desea revocarlo. Es buena idea pedirle a cualquier persona que tenga una copia del documento que se la devuelva.

Cómo completar el formulario del Testamento en vida:

Debe usar este formulario para informar a su médico y su familia qué tipo de tratamientos de soporte vital desea recibir si se enferma terminalmente o queda inconsciente de forma permanente y no puede expresar sus deseos.

1. Lea toda la información detenidamente. En el documento, se incluyen definiciones importantes.
2. En las primeras dos líneas en la página 2 del formulario, escriba su nombre completo y su fecha de nacimiento en letra de imprenta.
3. En la página 4, puede indicar si ha completado un Poder notarial para atención de la salud. La siguiente sección del formulario le proporciona espacio para que enumere los nombres, las direcciones y los números de teléfono de los contactos (generalmente familiares y amigos cercanos) a los que desea que su médico notifique cuando se tome la decisión de rechazar o retirar el tratamiento de soporte vital.
4. En la página 5 del formulario, hay una casilla junto a la sección en **negrita** que autorizará a su médico a rechazar el suministro de alimentos y líquidos si usted queda inconsciente de forma permanente. Si desea autorizar a su médico a rechazar el suministro de alimentos y agua en esta situación, debe escribir sus iniciales en esta casilla.



5. En la página 6 del formulario, encontrará un espacio para fechar y firmar el formulario.
Recuerde que el Testamento en vida no se considera válido ni vigente a menos que realice una de las siguientes acciones:

Primera opción: feche y firme el **Testamento en vida** en presencia de dos testigos, quienes también deben firmar e incluir sus direcciones e indicar la fecha de sus firmas.

Las siguientes personas **no** pueden actuar como testigos de su **Testamento en vida**:

- *El Representante legal principal en el Poder notarial para atención de la salud del Declarante;*
- *El Tutor designado de la persona o el patrimonio del Declarante;*
- *El Representante legal alternativo o sucesor en el Poder notarial para atención de la salud del Declarante;*
- *Cualquier persona que tenga un vínculo con el Declarante por sangre, matrimonio o adopción (cónyuge e hijos del Declarante);*
- *El Médico tratante del Declarante;*
- *El Administrador del hogar para ancianos donde el Declarante recibe atención.*

O

Segunda opción: feche y firme el **Testamento en vida** en presencia de un notario público y solicite que el **Testamento en vida** se notarice en el espacio correspondiente proporcionado en el formulario.

6. Una vez que haya completado el **Testamento en vida** y lo haya firmado en presencia de testigos o en presencia de un notario público, es buena idea entregar una copia a su médico personal y a cualquier contacto que haya mencionado en el **documento**. En algunos condados de Ohio, es posible que las personas puedan registrar sus **Testamentos en vida** en el registro del condado. Sin embargo, es importante tener en cuenta que un formulario del **Testamento en vida** registrado se convierte en un registro público.



Estado de Ohio

Declaración del Testamento en vida

Aviso para el Declarante

El propósito de esta Declaración del Testamento en vida es documentar su deseo de que el tratamiento de soporte vital, incluidas la alimentación e hidratación suministradas artificial o tecnológicamente, se rechace o retire si no puede tomar decisiones médicas informadas y tiene una enfermedad terminal o está en un estado de inconsciencia permanente. Esta Declaración no afecta la responsabilidad del personal de atención de la salud de brindarle cuidados paliativos. Cuidado paliativo significa cualquier medida tomada para disminuir el dolor o las molestias, pero no para posponer la muerte.

Si decide no limitar ninguna de las formas de tratamiento de soporte vital, incluida la RCP, tiene el derecho legal de elegirlo y es posible que desee indicar sus preferencias de tratamiento médico por escrito en un documento diferente.

En virtud de la ley de Ohio, una Declaración del Testamento en vida se aplica **solo a personas que padecen una enfermedad terminal o se encuentran en un estado de inconsciencia permanente**. Si desea dirigir el tratamiento médico en otras circunstancias, debe preparar un Poder notarial para atención de la salud. Si tiene una afección terminal o está en un estado de inconsciencia permanente, esta Declaración del Testamento en vida prevalece sobre un Poder notarial para atención de la salud.

[Debe considerar completar una nueva Declaración del Testamento en vida si su afección médica cambia o si más adelante decide completar un Poder notarial para atención de la salud. Si tiene una Declaración del Testamento en vida y un Poder notarial para atención de la salud, debe conservar copias de ambos documentos juntos. Lleve su documento cada vez que sea paciente en un centro de atención de la salud o cuando actualice sus registros médicos con su médico].



Ohio

Declaración del Testamento en vida

[Sección 2133 del Código Revisado de Ohio]

(Nombre completo en letra de imprenta)

(Fecha de nacimiento)

Esta es mi Declaración del Testamento en vida. Revoco todas las Declaraciones del Testamento en vida anteriores que haya firmado. Comprendo la naturaleza y el propósito de este documento. Si se determina que alguna disposición es inválida o inaplicable, no afectará el resto de este documento.

Estoy en pleno uso de mis facultades mentales y no estoy sujeto a coacción, fraude ni influencia indebida. Soy un adulto competente que comprende y acepta las consecuencias de esta acción. Declaro voluntariamente mi instrucción de que mi muerte no se posponga artificialmente.
[Sección 2133.02 (A)(1) del Código Revisado de Ohio]

Es mi intención que mi familia y mis médicos respeten esta Declaración del Testamento en vida como la expresión final de mi derecho legal a rechazar determinada atención de la salud.
[Sección 2133.03(B)(2) del Código Revisado de Ohio]

Definiciones

Adulto se refiere a una persona que tiene 18 años o más.

Representante legal o Apoderado significa un adulto competente que una persona (el “Poderdante”) puede nombrar en un Poder notarial para atención de la salud para tomar decisiones de atención de la salud en nombre del Poderdante.

Alimentación o hidratación suministrada artificial o tecnológicamente significa alimentos y líquidos proporcionados a través de una sonda de alimentación o por vía intravenosa. *[Puede rechazar o suspender una sonda de alimentación o autorizar a su Representante legal del Poder notarial para atención de la salud a rechazar o suspender la alimentación o hidratación artificial].*

Cuidado paliativo significa cualquier medida, procedimiento, tratamiento o intervención médica o de enfermería, incluida alimentación o hidratación, que se hace para disminuir el dolor o las molestias de un paciente, pero no para posponer la muerte.

RCP significa reanimación cardiopulmonar, una de las varias maneras de restablecer la respiración o los latidos cardíacos de una persona una vez que se ha detenido. No incluye abrir las vías respiratorias de una persona por un motivo que no sea la reanimación.

El **Declarante** es la persona que firma la Declaración del Testamento en vida.

Orden de no reanimación o DNR es una orden médica escrita en el registro de un paciente para indicar que el paciente no debe recibir reanimación cardiopulmonar.

Atención de la salud significa cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar la salud física o mental de una persona.

Decisión de atención de la salud significa otorgar el consentimiento informado, negarse a otorgar el consentimiento informado o retirar el consentimiento informado para la atención de la salud.

El **Poder notarial para atención de la salud** es un documento legal que permite al Poderdante autorizar a un Representante legal para que tome decisiones de atención de la salud por el Poderdante en la mayoría de las situaciones de atención de la salud cuando el Poderdante ya no puede tomar esas decisiones. Además, el Poderdante puede autorizar al Representante legal a recopilar información médica protegida para y en nombre del Poderdante de inmediato o en cualquier otro momento. Un Poder notarial para atención de la salud NO es un poder notarial financiero.

El documento del Poder notarial para atención de la salud también puede utilizarse para designar a una persona para que actúe como Tutor para la persona o para el patrimonio del Poderdante. Incluso si un tribunal designa a un Tutor para el Poderdante, el Poder notarial para atención de la salud permanece vigente a menos que el tribunal establezca lo contrario.

Tratamiento de soporte vital significa cualquier procedimiento, tratamiento, intervención u otra medida médica que, cuando se administra a un paciente, prolonga principalmente el proceso de muerte.

La **Declaración del Testamento en vida** es un documento legal que permite que un adulto competente (“Declarante”) especifique qué atención de la salud desea o no desea recibir si tiene una enfermedad terminal o queda inconsciente de forma permanente y ya no puede comunicar sus deseos. NO constituye ni reemplaza un testamento, el cual se utiliza para designar a un albacea que administre el patrimonio de una persona después de su fallecimiento.

Estado de inconsciencia permanente se refiere a una afección irreversible en la que el paciente está permanentemente inconsciente de sí mismo y su entorno. Al menos dos médicos deben examinar al paciente y estar de acuerdo en que ha perdido totalmente la función cerebral superior y no puede sufrir ni sentir dolor.

Poderdante se refiere a un adulto competente que firma un Poder notarial para atención de la salud.

Afección terminal significa una afección irreversible, incurable e intratable causada por una enfermedad, afección o lesión a la cual, conforme a un grado razonable de certeza médica y según lo determinado de acuerdo con estándares médicos razonables por el médico tratante de un Declarante y otro médico que haya examinado al Declarante, se aplican las dos condiciones siguientes: (1) no puede haber recuperación y (2) es probable que la muerte ocurra en un plazo relativamente corto si no se administra un tratamiento de soporte vital.

Sin fecha de vencimiento. Esta Declaración del Testamento en vida no tendrá fecha de vencimiento. Sin embargo, puedo revocarla en cualquier momento. [Sección 2133.04(A) del Código Revisado de Ohio]

Las copias son las mismas que las originales. Cualquier persona puede confiar en una copia de este documento. [Sección 2133.02(C) del Código Revisado de Ohio]

Solicitud fuera del estado. Es mi intención que este documento se respete en cualquier jurisdicción en la medida permitida por la ley. [Sección 2133.14 del Código Revisado de Ohio]

He completado un **Poder notarial para atención de la salud** Sí _____ No _____

Notificaciones. [Nota: No es necesario que nombre a ninguna persona. Si no nombra a nadie, la ley exige que su médico tratante haga un esfuerzo razonable para notificar a una de las siguientes personas en el orden mencionado: su Tutor, su cónyuge, sus hijos adultos que estén disponibles, sus padres o la mayoría de sus hermanos adultos que estén disponibles].

En caso de que mi médico tratante determine que el tratamiento de soporte vital se debe rechazar o retirar, mi médico hará un esfuerzo razonable para notificar a una de las personas mencionadas a continuación, en el siguiente orden de prioridad [*tache cualquier línea no utilizada*]: [Sección 2133.05(2) (a) del Código Revisado de Ohio]

Tachar la sección si no se usa	Nombre del primer contacto y su relación con este: _____
	Dirección: _____
	Número(s) de teléfono: _____
	Nombre del segundo contacto y su relación con este: _____
	Dirección: _____
	Número(s) de teléfono: _____
	Nombre del tercer contacto y su relación con este: _____
	Dirección: _____
	Número(s) de teléfono: _____

Si tengo una **AFECCIÓN TERMINAL** y no puedo tomar mis propias decisiones de atención de la salud, O, si me encuentro en un **ESTADO DE INCONSCIENCIA PERMANENTE** y no existe una posibilidad razonable de que recupere la capacidad de tomar decisiones informadas, indico que mi médico me deje morir de manera natural y solo me brinde **cuidados paliativos**.

Para los fines de que me brinde cuidados paliativos, autorizo a mi médico a lo siguiente:

1. No administrar ningún tratamiento de soporte vital, incluida RCP.
2. Rechazar o retirar la alimentación o hidratación suministrada artificial o tecnológicamente, siempre que, si estoy en un estado de inconsciencia permanente, haya autorizado dicho rechazo o retiro en las **Instrucciones especiales** a continuación y se hayan cumplido las otras condiciones.
3. Emitir una Orden DNR.
4. No tomar ninguna medida para posponer mi muerte y brindarme solo la atención necesaria para que me sienta cómodo y aliviar mi dolor.

Instrucciones especiales.



Al escribir mis iniciales, mi firma u otra marca en esta casilla, autorizo específicamente a mi médico a rechazar o, si el tratamiento ha comenzado, a retirar el consentimiento para el suministro de alimentación o hidratación por vía artificial o tecnológica si estoy en un estado de inconsciencia permanente Y mi médico y al menos otro médico que me ha examinado han determinado, conforme a un grado razonable de certeza médica, que la alimentación y la hidratación suministradas artificial o tecnológicamente no me brindarán comodidad ni aliviarán mi dolor.

[Sección 2133.02(A)(3) y Sección 2133.08 del Código Revisado de Ohio]

Instrucciones o limitaciones adicionales.

[Si el espacio debajo no es suficiente, puede adjuntar páginas adicionales.
Si no tiene instrucciones o limitaciones adicionales, escriba "Ninguna" debajo].

FIRMA del DECLARANTE

Comprendo que soy responsable de informar a los miembros de mi familia, al Representante legal nombrado en mi Poder notarial para atención de la salud (si tengo uno), mi médico, abogado, consejero religioso y otras personas sobre esta Declaración del Testamento en vida. Comprendo que puedo entregar copias de esta Declaración del Testamento en vida a cualquier persona.

Comprendo que debo firmar (o indicar a una persona que firme en mi nombre) esta Declaración del Testamento en vida e indicar la fecha de la firma, y que la firma debe ser presenciada por dos adultos que sean elegibles para ser testigos de la firma O debe reconocerse ante un notario público. [Sección 2133.02 del Código Revisado de Ohio]

Firmo con mi nombre esta Declaración del Testamento en vida

el _____, en _____, Ohio.

Declarante

[Elija testigos O un Reconocimiento Notarial].

TESTIGOS [Sección 2133.02(B)(1) del Código Revisado de Ohio]

[Las siguientes personas NO PUEDEN actuar como testigos de esta Declaración del Testamento en vida:

- Su Representante legal en su Poder notarial para atención de la salud, si tiene uno;*
- El Tutor para su persona o patrimonio, si tiene uno;*
- Su Representante legal o Tutor alternativo, si tiene uno;*
- Cualquier persona que tenga un vínculo con usted por sangre, matrimonio o adopción (por ejemplo, su cónyuge e hijos);*
- Su médico tratante;*
- El administrador del hogar para ancianos donde recibe atención].*

Estado de Ohio

Formulario de Inscripción en el Registro de Donantes

Aviso para el Declarante

El propósito del formulario de Inscripción en el Registro de Donantes es documentar su deseo de donar órganos, tejidos o córneas luego de su muerte.

Solo debe completar este formulario si **NO** se ha registrado como donante en la Bureau of Motor Vehicles (Oficina de Vehículos Motorizados) de Ohio cuando renueve una licencia de conducir o una tarjeta de identificación estatal, en línea a través del sitio web de BMV, o previamente a través de un formulario impreso. Si desea donar un órgano o modificar un registro existente, este formulario debe enviarse a la BMV para garantizar que se cumplan sus deseos de donación de órganos, tejidos o córnea. Este documento servirá como su autorización para recuperar los órganos, tejidos o córneas indicados en el momento de su muerte, si es médicamente posible.

Si envía este formulario, sus deseos se registrarán en el Registro de Donantes de Ohio mantenido por la BMV y solo estarán disponibles para las agencias de recuperación de órganos, tejidos y córnea correspondientes en el momento de la muerte. Es aconsejable que comparta sus deseos con sus familiares más cercanos para que estén al tanto de sus intenciones de ser donante.

Este formulario también puede usarse para modificar o revocar sus deseos de donación. El formulario completo debe enviarse por correo a la siguiente dirección:

Ohio Bureau of Motor Vehicles
Attn: Records Request
P.O. Box 16583
Columbus, OH 43216-6583

Las preguntas frecuentes sobre la donación de órganos, tejidos y córnea se abordan en la página tres de esta sección. Si tiene preguntas más específicas, también se incluye la información de contacto de las agencias estatales de recuperación de órganos y tejidos, y se le recomienda que se comunique con ellas o visite sus sitios web.

Formulario de Inscripción en el Registro de Donantes de Ohio

Si NO se ha registrado como donante en la BMV de Ohio cuando renovó una licencia de conducir o identificación estatal, debe presentar el Formulario de Registro de Donantes de Ohio ante la BMV para garantizar que se respeten sus deseos con respecto a la donación de órganos y tejidos. Este documento servirá como su autorización para recuperar los órganos o tejidos indicados en el momento de su muerte, si es médicamente posible. Si envía este formulario, sus deseos se registrarán en el Registro de Donantes de Ohio mantenido por la BMV y solo estarán disponibles para las agencias de recuperación de órganos y tejidos correspondientes en el momento de la muerte. Asegúrese de compartir sus deseos con sus seres queridos para que estén al tanto de sus intenciones. Este formulario también puede usarse para modificar o revocar sus deseos de donación.

Para registrarse, complete este formulario de inscripción y envíelo por correo a la siguiente dirección:

Ohio Bureau of Motor Vehicles
Attn: Records Request
P.O. Box 16583
Columbus, OH 43216-6583

USE LETRA DE IMPRENTA

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
DIRECCIÓN DE CORREO POSTAL		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
TELÉFONO () -	FECHA DE NACIMIENTO / / /	N.º DE TARJETA DE IDENTIFICACIÓN/LICENCIA DE CONDUCIR DEL ESTADO DE OHIO <input type="checkbox"/> N.º DEL SEGURO SOCIAL

OPCIONES DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE DONANTES

<p>OPCIÓN 1</p> <p><input type="checkbox"/> Al morir, quiero donar mis órganos, tejidos y ojos para cualquier propósito autorizado por la ley.</p>		
<p>OPCIÓN 2</p> <p><input type="checkbox"/> Al morir, quiero donar los ojos, los tejidos y los órganos que se mencionan a continuación:</p> <p><input type="checkbox"/> Todos los órganos, tejidos y ojos</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>ÓRGANOS</p> <p><input type="checkbox"/> Corazón <input type="checkbox"/> Intestinos</p> <p><input type="checkbox"/> Pulmones <input type="checkbox"/> Intestino delgado</p> <p><input type="checkbox"/> Hígado (y vasos asociados)</p> <p><input type="checkbox"/> Riñones (y vasos asociados)</p> <p><input type="checkbox"/> Páncreas/células de los islotes</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>TEJIDOS</p> <p><input type="checkbox"/> Ojos/córneas <input type="checkbox"/> Venas</p> <p><input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas <input type="checkbox"/> Fascia</p> <p><input type="checkbox"/> Hueso <input type="checkbox"/> Piel</p> <p><input type="checkbox"/> Tendones <input type="checkbox"/> Nervios</p> <p><input type="checkbox"/> Ligamentos</p> </td> </tr> </table> <p>Para los siguientes fines autorizados por la ley:</p> <p><input type="checkbox"/> Todos los fines <input type="checkbox"/> Trasplante <input type="checkbox"/> Terapia <input type="checkbox"/> Investigación <input type="checkbox"/> Educación</p>	<p>ÓRGANOS</p> <p><input type="checkbox"/> Corazón <input type="checkbox"/> Intestinos</p> <p><input type="checkbox"/> Pulmones <input type="checkbox"/> Intestino delgado</p> <p><input type="checkbox"/> Hígado (y vasos asociados)</p> <p><input type="checkbox"/> Riñones (y vasos asociados)</p> <p><input type="checkbox"/> Páncreas/células de los islotes</p>	<p>TEJIDOS</p> <p><input type="checkbox"/> Ojos/córneas <input type="checkbox"/> Venas</p> <p><input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas <input type="checkbox"/> Fascia</p> <p><input type="checkbox"/> Hueso <input type="checkbox"/> Piel</p> <p><input type="checkbox"/> Tendones <input type="checkbox"/> Nervios</p> <p><input type="checkbox"/> Ligamentos</p>
<p>ÓRGANOS</p> <p><input type="checkbox"/> Corazón <input type="checkbox"/> Intestinos</p> <p><input type="checkbox"/> Pulmones <input type="checkbox"/> Intestino delgado</p> <p><input type="checkbox"/> Hígado (y vasos asociados)</p> <p><input type="checkbox"/> Riñones (y vasos asociados)</p> <p><input type="checkbox"/> Páncreas/células de los islotes</p>	<p>TEJIDOS</p> <p><input type="checkbox"/> Ojos/córneas <input type="checkbox"/> Venas</p> <p><input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas <input type="checkbox"/> Fascia</p> <p><input type="checkbox"/> Hueso <input type="checkbox"/> Piel</p> <p><input type="checkbox"/> Tendones <input type="checkbox"/> Nervios</p> <p><input type="checkbox"/> Ligamentos</p>	
<p>OPCIÓN 3</p> <p><input type="checkbox"/> No quiero figurar más en el Registro de Donantes de Ohio.</p>		

FIRMA DEL DONANTE INSCRITO X	FECHA
---------------------------------	-------

Donación de órganos y tejidos en Ohio

Una persona puede salvar o mejorar la calidad de vida de las personas que tienen insuficiencia de órganos, defectos congénitos, cáncer de huesos, lesiones ortopédicas, quemaduras, ceguera y otros problemas de salud. Un donante de órganos puede salvar hasta 8 vidas donando el corazón, los pulmones, los riñones, el páncreas, el intestino delgado y el hígado. Hay más de 123,000 estadounidenses en la lista de espera nacional para recibir un trasplante de órganos que salva vidas; y 3,400 en Ohio. Estadísticamente, 18 personas en los EE. UU. mueren todos los días mientras esperan un trasplante. Si se registra como donante, asegúrese de compartir la decisión con sus familiares.

¿Quién puede convertirse en donante? Todas las personas mayores de 15 años y medio pueden registrarse y dar su autorización previa para la donación. La idoneidad médica para la donación se determina en el momento de la muerte. Si un menor muere antes de los 18 años, el padre o la madre puede modificar o revocar la decisión de donación.

¿Existen límites de edad para los donantes? Las personas de todas las edades y con todo tipo de antecedentes médicos deben considerarse posibles donantes. Tanto recién nacidos como adultos mayores han sido donantes de órganos. La afección médica en el momento de la muerte determinará qué órganos y tejidos se pueden donar.

Si me inscribo en el Registro de Donantes, ¿afectará la calidad de la atención médica que recibo en el hospital? No, los médicos de los hospitales cuidan del paciente que tienen a su cargo y no están involucrados en la donación ni el trasplante. Se hace todo lo posible para salvar la vida antes de que se considere la donación.

¿La donación desfigurará mi cuerpo? ¿Puede haber un funeral a cajón abierto? La donación no desfigura el cuerpo y no interfiere ni retrasa un funeral, incluidos servicios a cajón abierto.

¿Hay algún costo para mi familia por la donación? La familia del donante NO paga el costo de la donación. La agencia de recuperación designada paga todos los costos relacionados con la donación de órganos, ojos y tejidos.

¿Mi religión aprueba la donación? Todas las principales religiones apoyan la donación de órganos, ojos y tejidos como un acto de caridad desinteresado.

¿Puedo vender mis órganos? No. La Ley Nacional de Trasplante de Órganos establece que es ilegal vender órganos y tejidos humanos. Las personas que violen esta ley están sujetas a multas y encarcelamiento. Entre los motivos de esta ley se encuentra la preocupación del Congreso de que la compra y venta de órganos podría conducir a un acceso desigual a los órganos donantes, y los ricos tendrían una ventaja injusta.

¿Cómo se distribuyen los órganos? Los órganos del donante se emparejan con los receptores a través de un sistema regulado por el gobierno federal basado en una serie de factores que incluyen el tipo de sangre, el tamaño del cuerpo, la urgencia médica, el tiempo en lista de espera y la ubicación geográfica.

¿Puedo ser donante de órganos y tejidos y también donar mi cuerpo a la ciencia? La donación de todo el cuerpo prevalece sobre la donación de órganos y tejidos. Si desea donar todo el cuerpo, debe hacer los arreglos necesarios con una facultad de medicina o un centro de investigación antes de su muerte. Las facultades de medicina, los centros de investigación y otros organismos estudian el cuerpo humano para comprender mejor la anatomía y los mecanismos de las enfermedades en los seres humanos. Esta investigación también es esencial para salvar y mejorar vidas.

¿El registro autoriza la donación en vida? No, la donación en vida no está autorizada por el registro. Es posible donar un riñón, o parte de un hígado o pulmón mientras está vivo, pero eso se organiza de forma individual a través de centros de trasplante específicos.

Para obtener más información sobre la donación, comuníquese con una de las cuatro organizaciones de obtención de órganos designadas a nivel federal del estado:

Northeastern Ohio
LifeBanc
www.lifebanc.org
216.752.5433

North-West/West-Central Ohio
Life Connection of Ohio
www.lifeconnection.org
937.223.8223

Central and Southeastern Ohio
Lifeline of Ohio
www.lifelineofohio.org
800.525.5667

Southwestern Ohio
LifeCenter
www.lifepassiton.org
513.558.5555



Ley de No Reanimación de Ohio

Información que debe conocer sobre la Ley de No Reanimación (DNR) de Ohio

La Ley de No Reanimación (DNR) de Ohio brinda a las personas la oportunidad de ejercer su derecho a limitar la atención recibida en situaciones de emergencia en circunstancias especiales. Las “circunstancias especiales” incluyen la atención recibida del personal de emergencia cuando se marca el 911. La ley autoriza a un médico, un miembro del personal de enfermería registrado de práctica avanzada o un asistente médico (proveedor de atención médica autorizado) a redactar una orden que informe al personal de atención de la salud que un paciente no desea ser reanimado en caso de un paro cardíaco (ausencia de pulso palpable) o paro respiratorio (ausencia de respiraciones espontáneas o presencia de dificultad para respirar).

La siguiente información se incluye como una breve descripción general de algunas de las preguntas, problemas e inquietudes más frecuentes con respecto a esta ley. No pretende proporcionar toda la información necesaria para tomar la decisión de que se emita una Orden de no reanimación. Una persona puede tener una Orden DNR por escrito después de **consultar** con su proveedor de atención médica autorizado con respecto a problemas al final de la vida.

La Orden DNR se puede respetar en varios entornos, incluidos, entre otros: centros de enfermería, centros de atención residencial, hospitales, áreas para pacientes ambulatorios, hogares y lugares públicos. Para que una Orden DNR sea válida en varios entornos, debe ser reconocible por los trabajadores de atención de la salud. El Departamento de Salud de Ohio ha desarrollado un formulario de Orden DNR estándar y es el único formulario autorizado por el estado que es totalmente transportable y reconocido en todo Ohio. Puede elegir mostrar el formulario en su residencia para que el personal de atención de la salud lo pueda ver fácilmente y llevarlo con usted cuando esté lejos de su hogar. Se pueden utilizar otras identificaciones de DNR, incluido un collar, un brazalete o una tarjeta de identificación de bolsillo, pero deben incluir el logotipo de DNR de Ohio y la información de identificación de la persona para que sea válida.

A diferencia de un Testamento en vida y un Poder notarial para atención de la salud, que se pueden ejecutar sin la participación de un profesional de atención médica, una Orden DNR debe estar escrita y firmada por un médico, un miembro del personal de enfermería registrado de práctica avanzada o un médico asistente después de consultar con el paciente.

Una Orden DNR en el documento aprobado por el estado está legalmente sancionada e implementada de acuerdo con la Ley de Ohio. La Orden DNR se implementa en diferentes puntos, según los deseos del paciente y debe ser coherente con estándares médicos razonables.

La atención que alivia el dolor y el sufrimiento se implementará siempre, independientemente de una Orden DNR. Según la orden específica de su médico, se proporcionará otra atención relacionada. Debe consultar con el médico que emite la orden sobre el tipo correcto de Orden DNR necesaria para sus necesidades médicas específicas.



Orden de no reanimación con cuidados paliativos: datos

Ohio adoptó por primera vez una ley relacionada con las Órdenes DNR en 1998. DNR significa “no reanimar”. Si una persona no desea que se le realice una reanimación cardiopulmonar (RCP), puede comunicar este deseo a través de una Orden DNR de su proveedor de atención médica autorizado. Una Orden DNR ayuda al personal de emergencias a saber si una persona no desea que se le practique RCP si se detiene su corazón o si deja de respirar.

Si el personal de emergencias asiste a alguien con una Orden DNR con cuidados paliativos, proporcionará las siguientes medidas de alivio:

- Hará una evaluación inicial
- Brindará atención médica básica
- Desobstruirá las vías respiratorias
- Si es necesario para su comodidad, podría administrar oxígeno, presión positiva continua de las vías respiratorias (continuous positive airway pressure, CPAP) o presión positiva de dos niveles en las vías respiratorias (Bilevel positive airway pressure, BiPAP)
- Podría administrar hidratación o analgésicos por vía intravenosa para aliviar molestias, pero no para posponer la muerte
- Si es posible, puede comunicarse con otros proveedores de atención médica adecuados (servicios de cuidados paliativos, atención médica domiciliaria, médicos, personal de enfermería de práctica avanzada o asistencia personal).

El personal de emergencias no hará lo siguiente:

- Practicar RCP
- Administrar medicamentos de reanimación con la intención de reiniciar el corazón o la respiración
- Insertar un complemento en las vías respiratorias
- Usar un desfibrilador, cardioversor o iniciar estimulación con marcapasos
- Iniciar monitoreo cardíaco continuo

La RCP puede salvar vidas, pero es posible que algunas personas no deseen que se practique en ciertos casos.

En algunos casos, la RCP salva vidas. En muchos casos, no da resultados. Muchas personas sobreestiman el éxito de la RCP. Una persona que es reanimada puede quedar con un daño permanente o doloroso. La reanimación también puede incluir otros tratamientos, como medicamentos, tubos y descargas eléctricas. Las personas con enfermedades terminales u otras afecciones médicas graves pueden preferir enfocarse en los cuidados paliativos para el final de la vida en lugar de recibir RCP cuando llegue el momento. Para obtener más información sobre las ventajas y desventajas de la RCP y si es adecuada para usted, consulte con su médico.

Es fácil dar a conocer sus deseos sobre la RCP.

Si desea recibir RCP cuando corresponda, no necesita hacer nada. Los proveedores de atención médica deben realizar RCP cuando es necesario. Si no desea que le practiquen RCP, debe comunicar sus deseos a su médico y solicitarle que escriba una Orden DNR. Si su médico está de acuerdo en que usted no debe someterse a RCP, puede completar el formulario requerido para comunicar sus deseos en caso de emergencia.



Existen diferentes Órdenes DNR que puede elegir y analizar con su proveedor de atención médica autorizado.

En virtud de la Ley de DNR de Ohio, el Departamento de Salud de Ohio ha establecido un formulario de Orden DNR estandarizado. Si las completa un proveedor de atención médica autorizado (médico, miembro del personal de enfermería registrado de práctica avanzada o médico asistente), estas Órdenes DNR estandarizadas les permiten a los pacientes elegir el alcance del tratamiento que desean recibir o no recibir al final de la vida. Su proveedor de atención médica autorizado puede explicarle con más detalle las diferencias entre las Órdenes DNR.

Incluso si ahora goza de buena salud, puede indicar que no desea recibir RCP si alguna vez padece una enfermedad terminal.

Ohio tiene un formulario estándar de Declaración del Testamento en vida. Este formulario le permite indicar específicamente a los proveedores de atención médica que no administren tratamientos de soporte vital, incluida RCP, y que emitan una Orden DNR si dos médicos han acordado que usted tiene una enfermedad terminal o está en un estado de inconsciencia permanente.

La Orden de no reanimación con cuidados paliativos NO significa “no brindar un tratamiento”.

El protocolo de la DNR con cuidados paliativos es muy específico en términos de qué tratamiento se debe administrar y qué tratamiento se debe suspender. Los elementos enumerados en la lista de “voluntad”, junto con cualquier otro tratamiento que pueda ser necesario para la afección del paciente, pueden proporcionarse según corresponda.

Las Órdenes DNR pueden revocarse.

Siempre tiene derecho a cambiar de opinión y solicitar RCP. Si cambia de opinión, debe hablar con su proveedor de atención médica autorizado de inmediato sobre la revocación de su Orden DNR. También debe informar a su familia y cuidadores sobre su decisión y desechar cualquier artículo de identificación DNR que pueda tener.

Si tiene una orden o identificación DNR, su familia no puede exigir que se le proporcione RCP.

Tiene derecho a tomar sus propias decisiones sobre la atención de su salud. Debe asegurarse de que su familia conozca sus deseos sobre la RCP. En ciertas situaciones médicas, su médico y su Representante legal pueden tomar decisiones con respecto a su atención en función de nueva información médica. Esto podría incluir decisiones relacionadas con la RCP. Debe asegurarse de que estas personas conozcan sus deseos sobre la RCP.

Dado que una Orden DNR es una orden médica, necesita que un proveedor de atención médica autorizado la escriba y la firme por usted.

A diferencia de un Testamento en vida y un Poder notarial para atención de la salud, una Orden DNR debe estar escrita y firmada por un médico, un miembro del personal de enfermería registrado de práctica avanzada o un médico asistente después de consultar con el paciente.

Las copias de estos formularios deben conservarse en lugares de fácil acceso donde otros puedan encontrarlas.

También debe entregar copias de su Testamento en vida, Poder notarial para atención de la salud u Orden DNR a su proveedor de atención médica autorizado, familiares y amigos cercanos que puedan desempeñarse como cuidadores. **En el hogar, la Orden DNR debe estar claramente visible en el refrigerador o en cualquier otro lugar para que el personal de emergencias la vea.**





Opción de cuidados paliativos

Cuando las opciones parecen pocas y desagradables...

...están los cuidados paliativos. La vida nos ofrece muchas opciones. Todos queremos tener el control, ser capaces de tomar nuestras propias decisiones y determinar cómo vivimos nuestras vidas. Cuando no existe una cura posible, sentimos temor, frustración y confusión. Es posible que sintamos que hemos perdido el control de nuestras vidas. Los cuidados paliativos nos ayudan a recuperar nuestra capacidad para tomar decisiones y a reencaminar nuestra vida mediante opciones positivas a medida que enfrentamos el final de la vida.

¿Qué ofrece el cuidado paliativo?

El cuidado paliativo brinda atención a un paciente a través de un equipo interdisciplinario compuesto por médicos, personal de enfermería, trabajadores sociales, asesores, asistentes de salud en el hogar, capellanes, terapeutas y voluntarios, según sea necesario. Además, ayuda a proporcionar medicamentos, equipo médico duradero, suministros y atención para pacientes hospitalizados. Este servicio brinda atención las 24 horas, los 7 días de la semana y está siempre disponible para ayudar con las crisis o inquietudes que puedan surgir.

Además, el cuidado paliativo es una filosofía de atención que culmina los deseos de los pacientes: se respetarán sus deseos y se le permitirá morir, con el menor dolor posible, rodeado de aquellos que lo aman y con el máximo respeto y dignidad. Este servicio se centra en mejorar la calidad de vida restante, en lugar de simplemente aumentar la cantidad de vida.

¿Cuándo puedo elegir el cuidado paliativo?

Las personas que eligen cuidados paliativos tienen afecciones médicas que ya no pueden curarse y se acercan a la última fase de la vida. El servicio de cuidados paliativos, con más de cuatro décadas de experiencia en el cuidado de personas con enfermedades terminales, ofrece enormes avances en el manejo del dolor que mejoran drásticamente la calidad de vida.

¿Dónde se proporcionan cuidados paliativos?

Estos servicios se suelen proporcionar en un entorno relajante y familiar, como su hogar, donde estará más cómodo y sus seres queridos podrán estar más presentes. Si vive en un hogar para ancianos o en un centro de vida asistida, también se proporcionan cuidados paliativos en esos lugares. Ocasionalmente, una persona puede elegir ir a un centro para pacientes hospitalizados para recibir cuidados paliativos intensivos enfocados en el tratamiento del dolor u otros síntomas que no pueden tratarse en su hogar. Una vez que estos síntomas están bajo control, la persona generalmente regresa a su hogar.

Si elijo cuidados paliativos, ¿cómo pagaré los servicios?

Medicare, Medicaid y la mayoría de las compañías de seguros privadas cubren los costos de los servicios de cuidados paliativos. Los centros de cuidados paliativos locales trabajarán estrechamente con usted para identificar posibles fuentes de pago. El cuidado paliativo, la máxima expresión de atención, apoyo y amor, ha ayudado a millones de personas de todos los niveles de ingresos, razas, credos, edades y circunstancias médicas. Este servicio está disponible para ayudarlo cuando sea necesario.

Si un paciente de cuidados paliativos muestra signos de recuperación, ¿puede volver a recibir el tratamiento médico habitual?

Sí. Si la afección de la persona parece mejorar, el paciente puede recibir el alta hospitalaria del servicio de cuidados paliativos y retomar la terapia intensiva o continuar con su vida diaria. Si un paciente con alta hospitalaria necesita volver a recibir cuidados paliativos más adelante, Medicare y la mayoría de las pólizas de seguro privadas permiten una cobertura adicional para este propósito.



¿Qué implica el proceso de ingreso en servicios de cuidados paliativos?

Una de las primeras cosas que hará el centro de cuidados paliativos es comunicarse con el médico del paciente para asegurarse de que esté de acuerdo en que los cuidados paliativos son adecuados para ese paciente en este momento. Si una persona no tiene un médico, los centros de cuidados paliativos pueden tener personal médico disponible para ayudar a determinar la elegibilidad. Una vez que se determine que un paciente puede recibir cuidados paliativos, se le pedirá que firme formularios de consentimiento y de seguro. Estos son similares a los formularios que firman los pacientes cuando ingresan a un hospital.

¿Los cuidados paliativos no son solo para personas con cáncer?

No. Los cuidados paliativos están disponibles para pacientes con muchas enfermedades terminales, como esclerosis lateral amiotrófica (ELA), demencia, enfermedad cardíaca, VIH/sida, enfermedad hepática, enfermedad pulmonar, accidente cerebrovascular, coma y otras afecciones. Consulte con su centro local de cuidados paliativos para obtener más información.

¿Cómo elijo el servicio de cuidados paliativos?

Hable con su médico, miembro del clero, planificador del alta hospitalaria, trabajador social, personal de enfermería u organización local o estatal de cuidados paliativos. El momento para optar por cuidados paliativos es cuando usted y su familia se dan cuenta de que el cuidado, en vez de la cura, es más importante para usted.

Si decido recibir cuidados paliativos y necesito más información sobre los centros de cuidados paliativos de Ohio, ¿quién puede ayudarme?

LeadingAge Ohio, cuya misión es promover soluciones para una atención excepcional y una vida exitosa, puede proporcionar esta información. Llame al 800-776-9513 o visite www.LeadingAgeOhio.org.



Página de notas

Para obtener más información sobre la donación de órganos, ojos y tejidos, comuníquese con www.donatelifeohio.org o con su organización local de obtención de órganos:

Lifeline of Ohio
Central and Southeastern Ohio
770 Kinnear Road, Suite 200
Columbus, OH 43212
(800) 525-5667
www.lifelineofohio.org

LifeBanc
Northeastern Ohio
4775 Richmond Road
Cleveland, OH 44128-5919
(216) 752-5433
(800) 558-5433
www.lifebanc.org

Life Center Organ Donor Network
Southwestern Ohio
615 Elsinore Place, Suite 400
Cincinnati, OH 45202
(513) 558-5555
(800) 981-5433
www.lifepassiton.org

Life Connection of Dayton
40 Wyoming Street
Dayton, OH 45409
(937) 223-8223
(800) 535-9206
www.lifeconnection.org

Life Connection of Toledo
3661 Briarfield Boulevard, Suite 105
Maumee, OH 43537-9102
(419) 893-1618
(800) 262-3443
www.lifeconnection.org

Es importante que informe a sus seres queridos que tiene Directrices Anticipadas. Esta tarjeta se proporciona para su uso. Complétela y colóquela en su billetera o cartera para que los profesionales médicos conozcan sus deseos.

Información para atención de la salud de emergencia
Tarjeta de bolsillo de Directrices Anticipadas

Tengo un Testamento en vida.
Tengo un formulario de Poder notarial para atención de la salud.
Soy donante de cuerpo y estoy registrado en la Bureau of Motor Vehicles.

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____
Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: _____

Ubicación de los formularios:
Mi(s) Representante(s) legal(es) del Poder notarial para atención de la salud

Principal
Nombre: _____
Teléfono: _____
Secundario
Nombre: _____
Teléfono: _____

Emergencia
Atención médica
Información
Directrices
anticipadas
Tarjeta de bolsillo

