



**JO ANNE BERNAL**  
EL PASO COUNTY ATTORNEY  
500 EAST SAN ANTONIO  
ROOM 503, COUNTY COURTHOUSE  
EL PASO, TEXAS 79901

(915) 546-2050  
FAX: (915) 546-2133

Asunto: Día Nacional de las Decisiones  
sobre el Cuidado de la Salud

Ciudadanos de El Paso, Texas:

La Oficina de la Procuradora del Condado y el Centro Médico Universitario (UMC) se complacen en proveerle copias de los formularios que le permitirán expresar anticipadamente y por escrito su voluntad en caso de que usted requiera atención médica de emergencia y no pueda hablar o comunicarse con los doctores o su familia.

Estos documentos contienen información sobre los requisitos legales que las personas tienen que cumplir en Texas para proteger sus derechos en caso de una emergencia médica. Sin embargo es importante subrayar que sólo se le está proporcionando “**información legal**” y no “**asesoría legal**,” ya que esta última involucraría orientación sobre cómo aplicar la ley a sus necesidades personales.

Aunque nos hemos esforzado para asegurar que la información sea precisa y útil, le recomendamos que consulte a un abogado para confirmar que nuestra información, y la manera en que usted está interpretándola, es la apropiada para su situación particular.

Esta información y los formularios se están ofreciendo como un servicio a la comunidad, y únicamente tienen un propósito educativo. De ninguna manera estos documentos deben ser interpretados como una asesoría legal. Al utilizar estos formularios no existe, ni se está formando, ninguna relación de cliente-abogado entre usted y la Oficina de la Procuradora del Condado, ni entre usted o algún empleado de la Oficina de la Procuradora del Condado, ni entre usted y algún voluntario que esté participando en este programa. Si usted tiene alguna duda sobre el material, debe consultar a un abogado privado.

La Oficina de la Procuradora del Condado se complace en poder servirle.

Muy atentamente,

**JOANNE BERNAL**

**PROCURADORA DEL CONDADO DE EL PASO**

# DIRECTIVA A LOS MÉDICOS Y FAMILIARES O SUBSTITUTOS

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR ÉSTE DOCUMENTO

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

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

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

### DIRECTIVA

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

Si, a juicio de mi médico, estoy sufriendo de una enfermedad terminal de la cual se espera que yo muera dentro de los siguientes 6 meses, aunque se provea tratamiento para mantener la vida disponible de acuerdo a las normas prevalecientes de cuidado médico:

\_\_\_\_\_ Solicito que se interrumpa o retenga todo tratamiento que no sean aquellos que se necesitan para mantenerme cómodo, y que mi médico me permita morir lo menos doloroso posible; o

\_\_\_\_\_ Solicito ser mantenido vivo con esta enfermedad terminal usando el tratamiento para mantener la vida que se encuentre disponible.

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

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

\_\_\_\_\_ Solicito que se interrumpa o retenga todo tratamiento que no sean aquellos que se necesitan para mantenerme cómodo, y que mi médico me permita morir lo más gentilmente posible; o

\_\_\_\_\_ Solicito ser mantenido vivo con ésta enfermedad terminal usando el tratamiento para mantener la vida que se encuentre disponible.

(ESTA SELECCIÓN NO APLICA PARA EL CUIDADO EN HOSPICIOS)

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

---

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

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

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

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

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

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

Firmado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Ciudad, condado y estado de residencia \_\_\_\_\_

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

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

O

State of Texas, County of El Paso

On this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ before me personally appeared \_\_\_\_\_

To me known, and known to me to be the same person in and who executed the above instrument and severally acknowledged to me that executed the same.

#### DEFINICIONES:

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

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

- **“Tratamiento para mantener la vida”** significa aquel tratamiento que, basado en el criterio médico razonable, mantiene la vida de un paciente sin el cual el paciente morirá. El término incluye tanto los medicamentos para mantener la vida como el soporte artificial de la vida, como respiradores mecánicos, tratamientos para soportar el dolor, los procedimientos médicos necesarios para paliar los síntomas y cualquier tipo de cuidado provisto con el fin de aliviar el dolor del paciente.
- **“Estado terminal”** significa un estado ocasionado por una lesión o enfermedad que, de acuerdo con el criterio médico razonable, produce la muerte en menos de seis meses, aun con tratamientos para mantener la vida administrados de acuerdo con el estándar de atención médica prevaleciente.

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

Explicación: Muchas enfermedades graves pueden considerarse irreversible en sus primeras etapas, pero no considerarse terminales hasta estar las enfermedades bastante avanzadas. Al pensar sobre la enfermedad terminal y de su tratamiento, tal vez desee considerar los beneficios y las cargas relativas de tratamiento y hablar de sus deseos con su médico, su familia u otras personas importantes en su vida.

# INFORMACIÓN CON RELACIÓN AL PODER LEGAL PARA ASUNTOS MÉDICOS

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

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

La autoridad de su agente comienza cuando el médico certifica que usted carece de la competencia para tomar decisiones sobre su cuidado de la salud.

Su agente está obligado a seguir sus instrucciones cuando tome decisiones por usted. A menos que usted declare lo contrario, su agente tiene la misma autoridad para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud de usted mismo.

Es importante que usted hable de este documento con su médico u otro proveedor de la salud antes de firmarlo para asegurarse de que usted entiende la naturaleza y el rango de decisiones que pueden tomarse de parte suya. Si usted no tiene un médico, debe hablar con alguien que tenga conocimientos sobre estos asuntos y que la pueda contestar las preguntas que tenga. No necesita de la ayuda de un abogado para completar este documento, pero si no entiende alguna parte de este documento, deberá pedirle a un abogado que se lo explique.

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

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

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

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

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

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

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

# PODER LEGAL PARA ASUNTOS MÉDICOS

## DESIGNACIÓN DE AGENTE PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

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

---

---

## DESIGNACIÓN DE AGENTE ALTERNO

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

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

### A. Primer agente alterno

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

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### B. Segundo agente alterno

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

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

El original de este documento se guarda en:

---

---

Las siguientes personas o instituciones tienen copias firmadas:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_

## DURACIÓN

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

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

## DESIGNACIÓN PREVIA REVOCADA

Yo revoco cualquier Poder Legal previo para Asunto Médicos.

## RECONOCIMIENTO DE TESTIMONIO INFORMATIVO

Se me ha entregado un testimonio informativo explicando el efecto de este documento. He leído y entendido la información contenida en esta declaración de revelación.

(USTED DEBE FECHAR Y FIRMAR ESTE PODER LEGAL)

Yo firmo con mi nombre en este Poder Legal en el día \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_ (mes) de \_\_\_\_\_ (año) en

\_\_\_\_\_  
(Ciudad y Estado)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Nombre en imprenta)

## DECLARACIÓN DEL PRIMER TESTIGO

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

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

## FIRMA DEL SEGUNDO TESTIGO

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

**O**

State of Texas, County of El Paso

On this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ before me personally appeared \_\_\_\_\_

To me known, and known to me to be the same person in and who executed the above instrument and severally acknowledged to me that executed the same.