

DIRECTIVAS MÉDICAS ANTICIPADAS CATÓLICAS

Decisiones para el cuidado del enfermo terminal

Diócesis Católicas de Arlington y Richmond



*“Vine para que puedan tener
vida y tenerla en abundancia”*

(JUAN 10:10)

DEFINICIONES E INSTRUCCIONES PARA CREAR UNA DIRECTIVA MÉDICA ANTICIPADA

Una revisión de los conceptos usados en las enseñanzas morales católicas y términos médicos y legales para ayudar a los individuos y familias a preparar una Directiva Médica Anticipada con base cristiana.

Introducción

Esta sección está dividida en cuatro partes. La Parte I (Términos Usados en las Enseñanzas Morales Católicas) resume conceptos importantes usados en las enseñanzas morales de la Iglesia Católica concernientes a la toma de decisiones médicas. La Parte II (Términos Médicos) define términos médicos comunes que se pueden encontrar en el contexto del cuidado de la salud. La Parte III (Términos Legales) examina qué términos se encuentran en una Directiva Médica Anticipada. La Parte IV (Instrucciones) presenta instrucciones generales compatibles con las enseñanzas católicas en cuanto a cómo preparar una Directiva Médica Anticipada. Un claro entendimiento de estos términos e instrucciones les ayudará a hacer elecciones para usted mismo o a sus seres queridos para tomar decisiones por usted.

PARTE I: TÉRMINOS USADOS EN LAS ENSEÑANZAS MORALES CATÓLICAS

Medios ordinarios vs. medios extraordinarios

Los términos usados por la Iglesia para distinguir aquellos medios que nosotros debemos usar para preservar la vida humana son ordinarios. Los medios que no ofrecen esperanza razonable o beneficio, que son desproporcionadamente pesados o inútiles, o que se convertirán en eso, son extraordinarios y por lo tanto moralmente opcionales. La Iglesia enseña que usted sólo está moralmente obligado a aceptar o a rendir medios de cuidado ordinario.

Medios proporcionales

Son las medidas que proveen una esperanza de beneficio razonable y no imponen una carga excesiva en el paciente y la familia. La Iglesia enseña que tal cuidado siempre debe incluir un adecuado alivio del dolor, limpieza personal, un ambiente cómodo y seguro y la presencia de los seres queridos. Estos medios ordinarios siempre son proporcionales y por lo tanto obligatorios. La provisión de nutrición e hidratación, aun cuando se han considerado métodos artificiales, se considera proporcional y por lo tanto moralmente obligatoria excepto en casos en los que tal provisión es inútil o impone una excesiva carga. Hay otros medios, por ejemplo procedimientos médicos, que inicialmente pueden ser proporcionales pero que luego se vuelven desproporcionales cuando las circunstancias cambian.

Medios desproporcionales

Son las medidas que no ofrecen esperanza de beneficio razonable o que imponen una carga excesiva en el paciente o la familia. Los medios desproporcionales o extraordinarios pueden ser intervenciones o tratamientos que es más probable que vayan a causar daño o efectos secundarios indeseables, fuera de proporción para el beneficio que podrían ofrecer. La Iglesia declara que usted o la persona designada para tomar decisiones por usted puede dejar pasar los medios desproporcionales o extraordinarios para preservar la vida.

PARTE II: TÉRMINOS MÉDICOS

Muerte cerebral

Es definida por la profesión médica y el Estado de Virginia como la pérdida irreversible de toda función cerebral, de la cual la recuperación no es posible. La muerte cerebral puede ser establecida con certeza, con base en estrictos lineamientos que han sido establecidos por la profesión neurológica. Cuando dos médicos confirman el diagnóstico de “muerte cerebral”, la persona es considerada médica y legalmente muerta. Se pronuncia que la muerte ha ocurrido en el momento en que la actividad cerebral cesa, y no necesariamente cuando la actividad del corazón o el pulmón lo hace, por lo se puede pronunciar que la persona está muerta aunque esté conectada a un equipo de sistema de respiración artificial.

Coma

Se define médicamente como un estado anormal de inconciencia. Una persona en coma está viva, pero yace con los ojos cerrados y no responde significativamente a la estimulación. Hay variaciones en el grado del coma. En un coma profundo, la persona no puede demostrar reacciones de ningún tipo. En estados más leves, a veces llamados “semi-comatosos”, es posible que la persona pueda moverse o quejarse con estimulación vigorosa. El coma termina ya sea cuando la persona se despierte, fallezca o pase a un estado vegetativo persistente.

Estado vegetativo persistente (PVS, por sus siglas en inglés)

Se define médica y legalmente como una condición en la que una persona ha perdido completamente la capacidad de pensar y razonar, pero retiene funciones corporales vitales básicas tales como la función del corazón, la respiración y la presión arterial. Puede ser que los ojos de la persona se abran, y pueden ocurrir movimientos y ciclos de despertar, pero la persona no puede hablar ni obedecer órdenes. La persona no tiene conciencia propia o de su medio ambiente. Debido a que este estado típicamente se debe a un daño cerebral grave, la mejoría de la condición de la persona es sumadamente rara.

No resucitar (DNR, por sus siglas en inglés)

DNR significa no resucitar; es una orden médica por escrito de un médico, que ordena que se debe detener la resucitación cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés) de un paciente, en el caso de que ocurra un paro cardíaco o respiratorio. Se debe entender que la CPR puede implicar no solo dar compresiones al pecho sino también introducir un tubo de respiración dentro de la tráquea de la persona y conectar a la persona a un ventilador mecánico o dar choques eléctricos al corazón.

Según las leyes del Estado de Virginia, la orden de DNR no restringe a un médico u hospital a proveer otras intervenciones médicas, tales como líquidos intravenosos, oxígeno o terapias presuntamente necesarias para proveer tratamiento del dolor o para aliviar el dolor.

Cuidados paliativos

Con frecuencia, se habla de cuidado paliativo como “tratamiento del dolor” o “medidas de comodidad”. Significa tratamiento dirigido a controlar el dolor, aliviar otros síntomas y enfocarse en las necesidades especiales del paciente mientras que éste experimenta el estrés de una enfermedad crónica o el proceso de la muerte, en vez de investigar e iniciar tratamientos e intervenciones para el propósito de buscar una cura o prolongar la vida

PARTE III: TÉRMINOS LEGALES

Directiva médica anticipada

Es un instrumento legal testificado que da a conocer qué tipo de cuidado de salud usted quisiera o no quisiera si alguna vez estuviera incapacitado o incompetente para expresar estos deseos por usted mismo. Una directiva médica anticipada por lo general tiene cuatro secciones.

En la primera sección, llamada “Nombramiento de un agente del cuidado de la salud”, usted puede nombrar a otra persona o personas para que actúe como su agente(s) para tomar decisiones del cuidado de la salud en su nombre si usted es incapaz de tomarlas por usted mismo por causas de una enfermedad mental o física o una lesión. En la segunda sección, llamada “Instrucciones acerca mi cuidado de la salud para mi agente(s) y personal médico”, usted puede declarar los tipos de tratamientos que usted quisiera o no quisiera que su médico le provea si se presentara la situación en que usted estuviera incapacitado(a) para tomar o comunicar las decisiones de tratamiento por usted mismo(a). Como parte de esta sección, a veces llamada “Documento de voluntad anticipada” (Living Will), específicamente indica sus deseos en cuanto al tipo de cuidado y tratamiento que usted quisiera o no quisiera en caso de que tuviera una dolencia terminal y su muerte sea inminente. En la tercera sección, usted puede documentar sus preferencias en cuanto a donaciones de órganos, tejidos y ojos, y nombrar a un agente para tomar decisiones por usted después de su muerte. La directiva médica anticipada queda finalizada en la cuarta sección después de que usted firma el documento en presencia de dos testigos.

Bajo las leyes del Estado de Virginia, una Directiva Médica Anticipada sirve de igual o similar función a otros documentos llamados “Poder Notarial Duradero del Cuidado de Salud” (Durable Health Care Power of Attorney), un “Representante del Cuidado de la Salud” (Health Care Proxy) o un “Testamento Vital” (Living Will). También tome en cuenta

que aun si no llena y firma el formulario de una Directiva Médica Anticipada, si se le diagnostica una dolencia terminal y su muerte es inminente, el Estado de Virginia aceptará un testimonio oral suyo o de su médico acerca del tratamiento que usted quisiera o no quisiera que su médico le provea

Agente (más precisamente “Agente del Cuidado de la Salud”)

Un adulto de 18 años o más nombrado para tomar decisiones médicas en nombre de otra persona (llamado el Declarante en una Directiva Médica Anticipada, ver más abajo). Un Agente del Cuidado de la Salud también debe ser capaz de entender, tomar y comunicar decisiones del cuidado de la salud informadas a los médicos del Declarante. Las responsabilidades del Agente del Cuidado de la Salud pueden incluir consentir o rechazar tratamientos médicos, autorizar la admisión a un hospital o centro de salud mental, la transferencia a otro centro, y hacer arreglos para donación de órganos después de la muerte. Bajo las leyes del Estado de Virginia, al Agente del Cuidado de la Salud no se le permite restringir visitantes a menos que usted haya provisto instrucciones específicas en su Directiva Médica Anticipada, acerca de las visitas en el tiempo en que usted esté incapacitado para tomar decisiones por usted mismo.

Suicidio asistido

Una forma de eutanasia (definida más adelante) en la cual una persona, incluido un médico u otro personal médico, provee una substancia letal o de alguna forma ayuda a una persona a quitarse la vida propia.

Médico de cabecera

El médico principal que tiene la responsabilidad del cuidado de salud del paciente.

Declarante

El Declarante es la persona que realiza la Directiva Médica Anticipada por sí mismo. La ley estipula que el Declarante debe tener por lo menos 18 años de edad y ser capaz de tomar y comunicar una decisión informada cuando está creando una Directiva Médica Anticipada.

Eutanasia (también conocida como “muerte misericordiosa”)

Por eutanasia (también conocida como muerte digna) se debe entender una acción o una omisión que por su naturaleza y en la intención causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor.

En cuanto eliminación deliberada de un ser humano, la eutanasia es siempre moralmente inaceptable. La eutanasia y cualquier otra forma de “muerte digna”, incluido el suicidio asistido médico, es una grave violación de la Ley de Dios y completamente contraria a nuestra fe cristiana.

Cuidado de salud

“Cuidado de salud” se define legalmente como la provisión de servicios a cualquier persona con el propósito de prevenir, aliviar, curar o tratar enfermedades humanas, heridas o discapacidades físicas. Estos servicios pueden incluir, entre otros, dar medicamentos, cirugías, transfusiones de sangre, quimioterapia, radioterapia, tratamiento psiquiátrico o mental; admisión a un hospital, hogar de ancianos, centro de vivienda asistida o a otro tipo de centro de cuidado de salud, y proveer procedimientos de extensión de la vida y cuidados paliativos.

Incapacidad de tomar una decisión informada (algunas veces se refiere a estar “médicamente incapacitado”)

La ley declara que una persona es “incapaz de tomar una decisión informada” cuando él o ella es incompetente para entender la naturaleza, extensión y probables consecuencias de una recomendación médica; es incapaz de hacer una evaluación racional de los riesgos y beneficios de una intervención médica propuesta y pesarla en contra de los riesgos y beneficios de alternativas para dicha intervención; o es incapaz de comunicar tal entendimiento de alguna forma. La

determinación que una persona es incapaz de tomar una decisión informada es hecha por el médico de cabecera de la persona junto a un segundo médico o psicólogo clínico licenciado quien está calificado por entrenamiento o experiencia para evaluar si la persona es capaz o incapaz de tomar una decisión informada. Todos los evaluadores deben de examinar personalmente a la persona y después certificar los resultados por escrito. Esta certificación se requiere antes de que se le dé autoridad al Agente del Cuidado de la Salud para tomar decisiones en nombre de otra persona y antes de que se provea, continúe, retenga o detenga el cuidado de salud.

La ley requiere que esta evaluación se haga cada 180 días mientras que la persona se encuentre incapacitada y necesite la continuidad del cuidado de salud.

Enfermedad terminal

Es una condición médica en donde no se espera la recuperación y, como se define en el Estado de Virginia, se anticipa la muerte en el término de los siguientes seis meses.

Se debe notar que el Estado de Virginia tiene una definición legal separada para “enfermedad terminal” en donde esta se define más ampliamente como una condición causada por una herida, enfermedad o padecimiento del cual, hasta un grado razonable de probabilidad médica, el paciente no se puede recuperar y 1) la muerte del paciente es inminente, o 2) el paciente está en un estado vegetativo persistente. Esta definición es de alguna forma problemática, médica y moralmente, porque hay condiciones como PVS (definida en la Parte II) en donde una persona en tal estado puede que no esté terminalmente enferma (eso es, que se espere su muerte en el término de los siguientes seis meses) ni está inminentemente muriendo (eso es, que se espera que la muerte ocurra en una semana o menos).

Testigo

El testigo de una Directiva Médica Anticipada debe ser una persona que tiene por lo menos 18 años y puede incluir al cónyuge o algún otro familiar sanguíneo del Declarante. A cualquier médico o trabajador del cuidado de la salud o empleado de un hospital o clínica médica le es permitido servir como testigo cuando se crea una Directiva Médica Anticipada.

PARTE IV: INSTRUCCIONES

Los requisitos básicos

El proceso de crear una Directiva Médica Anticipada en el Estado de Virginia puede ser bastante simple y sólo tiene tres pasos esenciales: 1) un adulto pone por escrito su deseos para el cuidado de la salud, 2) lo firma, y 3) el documento es firmado por dos testigos adultos. Las leyes del Estado de Virginia le permiten al cónyuge de la persona, otro familiar sanguíneo y proveedores del cuidado de la salud que sirvan como testigos.

El documento de la Directiva Médica Anticipada no necesita ser notariado ni revisado por un abogado. Los Obispos Católicos de Virginia han expedido una Directiva Médica Anticipada que usted puede sentirse libre de usar gratuitamente. Sin embargo, bajo las leyes del Estado de Virginia no se requiere un documento escrito específico de una Directiva Médica Anticipada. El Estado de Virginia también reconoce las Directivas Médicas Anticipadas formuladas en otros estados, siempre y cuando esas Directivas cumplan con los requisitos de las leyes de los estados en los cuales fueron creadas y no tengan conflicto con las leyes del Estado de Virginia. Por último, las fotocopias, faxes y formularios generados en computadora (tales como PDF escaneados) de una Directiva Médica Anticipada, son todos válidos en el Estado de Virginia.

Directivas médicas anticipadas orales

Típicamente, las Directivas Médicas Anticipadas deben ponerse por escrito, pero el Estado de Virginia acepta una declaración oral como válida en la situación específica en donde una persona ha sido diagnosticada con una enfermedad terminal y después declara a su médico de cabecera las preferencias para su tratamiento, en presencia de dos testigos.

Cómo escoger el Agente del Cuidado de la Salud

Usted necesita pensar cuidadosamente acerca de a quién va a escoger para ser su Agente, porque esta será la persona a quien le será confiada legalmente la autorización para tomar decisiones para el cuidado de la salud en su nombre cuando usted esté incapacitado(a) para hacerlo por sí mismo. La persona que usted escoja debe ser madura, tener 18 años o más, generalmente debe conocer sus valores y deseos, y debe estar preparada para seguir las enseñanzas morales de la Iglesia Católica y sus preferencias del cuidado de la salud. El agente no necesariamente debe vivir en el Estado de Virginia pero como mínimo debe estar accesible telefónicamente. Para evitar conflictos, usualmente es mejor nombrar solamente a una persona para servir como su Agente y, al mismo tiempo, es importante nombrar a un Agente alterno (sucesor[es], por lo menos dos) en caso de que al Agente principal le sea imposible servir.

Instrucciones para los Agentes del Cuidado de la Salud y a los Proveedores de Salud

Como una persona competente de más de 18 años de edad que reside en el Estado de Virginia, usted tiene derechos legales a instruir al personal médico y a cualquier corte, ya sea directamente o a través de su Agente del Cuidado de la salud, acerca del cuidado de salud que usted aceptará o rechazará. Usted tiene el derecho a instruirlos a que usted considera los alimentos y el agua (nutrición e hidratación) como necesidades y no como “tratamiento”. Usted tiene el derecho a instruirlos a que si usted es declarada alguna vez como en estado vegetativo persistente, usted no es, por ese hecho único, “enfermo terminal”.

Revocación y cancelación

Usted puede revocar o cancelar su Directiva Médica Anticipada en cualquier momento si usted es capaz de entender la naturaleza y las consecuencias de sus acciones. Usted puede revocar su Directiva Médica Anticipada por completo o cualquier parte de ella, dejando en efecto el resto de lo que queda.

La ley requiere que usted informe a su médico de cabecera acerca de su revocación. Usted puede cancelar su Directiva Médica Anticipada destruyéndola usted mismo o pidiéndole a otra persona que la destruya en su presencia (si usted escoge este método, es mejor destruir todas las copias conocidas), u oralmente declarando sus nuevos deseos (si usted desea este método, usted debe tener testigos que firmen y fechen este deseo en su récord médico), o firmando y fechando un documento nuevo el cual haya sido propiamente testificado nuevamente. Usted debería también notificar por escrito a cualquier Agente del Cuidado de la Salud, de la cancelación de su Directiva Médica Anticipada.

Una Directiva Médica Anticipada no puede ser revocada por ningún miembro de la familia o por ningún proveedor del cuidado de la salud. Si los miembros de la familia u otros están en desacuerdo con su Directiva Médica Anticipada en el momento en que usted esté hospitalizado(a) o esté incapacitado para tomar decisiones del cuidado de la salud, se les debe instar a contactar al Comité de Ética del hospital o pueden buscar consejo legal.

Para entender la Opción de Protesta del Paciente

Esta es una parte opcional de la Directiva Médica Anticipada. Todas las otras partes de la Directiva Médica Anticipada quedan en efecto completo ya sea que usted llene esta porción o no. Tenga en cuenta que las leyes del Estado de Virginia claramente declaran que la Opción de Protesta del Paciente no involucra nada que tenga que ver con detener o retener el cuidado para prolongar la vida.

La Opción de Protesta del Paciente aborda la situación en donde el paciente en un estado incapacitado rechaza o “protesta” a que le den el tratamiento médico necesario. Ordinariamente, a menos que sea bajo la orden de una corte, un médico está restringido a proveer un tratamiento o cuidado de salud a un paciente adulto capaz, si el paciente “protesta” o rechaza el tratamiento. Al completar la Opción de Protesta del Paciente, usted le está dando la autoridad a su Agente del Cuidado de la Salud a consentir o rechazar tratamientos (otros que no sean para prolongar la vida), permitiéndole a sus médicos proveer o detener el tratamiento que usted pueda protestar después, mientras esté en un estado de incapacidad.

Firmas y fechas

Si usted no puede firmar y fechar el documento de la Directiva Médica Anticipada, usted puede poner su marca (“X”) en el documento en la presencia de dos testigos y ordenar a alguien de 18 años o más a fecharlo en su nombre, en su presencia. Las personas que testifican su marca o su firma deben proveer sus firmas, nombres, direcciones y números de teléfono en el documento.

DAR COPIAS DE ESTE DOCUMENTO A:

- Su médico (pidiéndole que sea parte de su récord médico).
- Su Agente del Cuidado de la Salud (y a los Agentes sucesores).
- Su familia.
- Su centro (o centros) del Cuidado de la Salud
- A su abogado, si tiene alguno.

RIESGOS DE NO TENER UNA DIRECTIVA MÉDICA ANTICIPADA

- (1) Sus direcciones específicas acerca de su propio tratamiento médico no van a ser conocidas o pueden ser ignoradas.
- (2) Las decisiones acerca de su tratamiento médico pueden ser tomadas por miembros de la familia, en lugar de la persona que usted ha escogido, o por una corte o por un guardián nombrado por un tribunal si no hubieran miembros de la familia disponibles y dispuestos a tomar las decisiones de su tratamiento médico.
- (3) Su familia enfrentaría la carga de tomar decisiones en su nombre sin su dirección y, si ellos no están de acuerdo, la carga de pasar por procedimientos jurídicos.

DIRECTIVA MÉDICA ANTICIPADA

- Yo, _____, estando en completo uso de mis facultades mentales, adulto (a) de por lo menos 18 años de edad, y residente del Estado de Virginia, legal y voluntariamente quiero hacer saber mis deseos en caso de que yo esté incapacitado(a) para tomar una decisión informada,
- (1) Entiendo que mi Directiva Médica Anticipada puede incluir la elección de un agente además de poner en marcha mis deseos en cuanto a mi cuidado médico.
 - (2) La determinación de que yo soy incapaz de tomar una decisión informada debe ser hecha por mi médico de cabecera y un segundo médico o licenciado en psicología clínica después de un examen físico y personal a mi persona y debe de darse un certificado por escrito. El segundo médico o licenciado en psicología clínica no debe estar involucrado en mi tratamiento a menos que no haya razonablemente disponible un segundo médico o licenciado en psicología clínica que no esté involucrado en mi tratamiento. Tal certificación debe ser requerida antes de que se provea, se continúe o se suspenda el cuidado médico; antes de que se le otorgue autoridad a cualquier agente nombrado para tomar decisiones en cuanto a mi cuidado de salud; y antes, o tan pronto como se pueda practicar razonablemente, después de que el cuidado de salud haya sido provisto, se continúe o se suspenda y cada 180 días después mientras sea necesario el cuidado de salud.
 - (3) Si en cualquier momento se determina que yo soy incapaz de tomar una decisión informada, yo debo de ser notificado(a), en la medida en que yo sea capaz de recibir tal notificación, de que tal determinación ha sido tomada antes de que se provea, se continúe o se suspenda el cuidado médico. Tal notificación también se le debe proveer, en cuanto pueda ser practicada, a mi agente nombrado o a la persona autorizada por la sección 54.1-2986 del Código de Virginia, para tomar decisiones en cuanto a mi cuidado de salud. Si posteriormente un médico determina, por escrito, que soy capaz de tomar una decisión informada, después de un examen personal, cualquier decisión futura en cuanto a mi cuidado de salud debe requerir mi consentimiento informado.
 - (4) Esta Directiva Médica Anticipada no debe ser terminada en el evento de mi incapacidad.
 - (5) Esta Directiva Médica Anticipada refleja mis deseos, y yo les pido a las autoridades médicas y legales en cualquier estado y país que las respeten.
 - (6) Es mi intención que esta Directiva Médica Anticipada sea interpretada de acuerdo con mis creencias religiosas y mis valores básicos y de acuerdo con las leyes del Estado de Virginia.
 - (7) Cualquier nombramiento previo de un agente de cuidado de salud, incluido el nombramiento que pueda haberse hecho en un documento llamado “testamento vital” o “poder duradero para el cuidado de salud” o “representante para el cuidado de salud”, es revocado con este documento.

Sección I: NOMBRAMIENTO DEL AGENTE DEL CUIDADO DE SALUD

A. Nombramiento de mi Agente del Cuidado de Salud

Yo nombro a la siguiente persona como mi Agente Principal del Cuidado de Mi Salud para que tome cualquier decisión en mi nombre, en cuanto al cuidado de mi salud, tal como lo autoriza esta Directiva Médica Anticipada de acuerdo con las instrucciones siguientes:

Nombre del Agente Principal del Cuidado de Salud (en letras): _____

Dirección (en letras): _____

Número de teléfono: _____

DIRECTIVA MÉDICA ANTICIPADA

Si el Agente Principal del Cuidado de mi Salud que yo nombre anteriormente no está razonablemente disponible o es incapaz o no desea actuar como mi agente, entonces nombro como al primer Sucesor del Agente del Cuidado de mi Salud a:

Nombre del primer Agente Sucesor del Cuidado de Salud (en letras): _____

Dirección (en letras): _____

Número de teléfono: _____

Si ni el Agente Principal del Cuidado de mi Salud ni el Primer Agente Sucesor del Cuidado de mi Salud que yo haya nombrado anteriormente están razonablemente disponibles o ninguno desea actuar como mi agente del cuidado de la salud, entonces nombro como a mi Segundo Agente Sucesor a:

Nombre del segundo Agente Sucesor del Cuidado de Salud (en letras): _____

Dirección (en letras): _____

Número de teléfono: _____

B. Poderes otorgados al Agente del Cuidado de mi Salud:

A través de la presente, yo le otorgo al Agente del Cuidado de mi Salud, nombrado anteriormente, poder absoluto para tomar decisiones en mi nombre en cuanto al cuidado de mi salud, de la forma descrita a continuación, cuando se haya determinado que estoy incapacitado(a) para tomar decisiones informadas del tratamiento médico que se me pueda proveer, detener o suspender.

Los poderes del Agente del Cuidado de mi salud deben incluir lo siguiente:

- (1) Visitar me en cualquier institución a la cual yo haya sido transportado para tratamiento de emergencia, o haya sido admitido como paciente interno o externo, y autorizar las visitas sujetas a las órdenes médicas y las normas de la institución a la cual yo haya sido transportado o admitido.
- (2) Consentir, rechazar o retirar cualquier tipo de cuidado de salud, tratamiento, procedimiento quirúrgico, procedimiento para un diagnóstico, uso de medicamentos y uso de procedimientos mecánicos o de otro tipo que afectan cualquier función corporal de conformidad con mis instrucciones siguientes.
- (3) Pedir, recibir y revisar cualquier información, verbal o escrita, en cuanto a mi salud física o mental, incluidos, entre otros, registros médicos; y consentir a la divulgación de dicha información.
- (4) Emplear y despedir a los proveedores del cuidado de mi salud.
- (5) Autorizar mi admisión o retirarme (incluida la transferencia a otra instalación) desde cualquier hospital, hospicio, centro de salud o centro de cuidado mental.
- (6) Autorizar mi admisión a un establecimiento para el tratamiento de enfermedades mentales por no más de 10 días consecutivos, siempre y cuando yo no proteste la admisión, y siempre y cuando un personal médico o designado por el establecimiento propuesto me examine y declare por escrito que tengo enfermedades mentales,

que soy incapaz de tomar una decisión informada acerca de mi admisión y que necesito tratamiento en dicho establecimiento; y autorizar mi alta médica (incluyendo la transferencia a otro establecimiento).

- (7) Tomar cualquier acción legal que sea necesaria para llevar a cabo estas decisiones, incluido el otorgar la exención de responsabilidad a los proveedores de salud.
- (8) Autorizar mi participación en cualquier estudio de salud aprobado por un consejo institucional o un comité de investigación de acuerdo con las leyes aplicables por el gobierno federal, si el estudio ofrece perspectivas de beneficios terapéuticos directos para mí, o si el estudio apunta a incrementar el entendimiento científico de cualquier afección, a pesar de que no ofrezca perspectivas de beneficio directo a mi persona.

C. Duración y alcance de la autoridad del Agente:

- (1) En lo sucesivo, la autoridad de mi Agente del Cuidado de la Salud es efectiva mientras que yo sea incapaz de tomar una decisión informada.
- (2) Al ejecutar el poder de tomar decisiones en cuanto al cuidado de salud en mi nombre, mi Agente del Cuidado de la Salud debe seguir mis deseos y preferencias como ha sido declarado en este documento o en asuntos que no han sido señalados por mí en este documento, así como los que se le han dado a conocer a mi agente de alguna otra forma. Mi Agente del Cuidado de la Salud se debe guiar por mi diagnóstico y pronóstico médico y cualquier información que mis médicos provean así como lo relativo a invasivo, dolor, riesgo, efectos secundarios, beneficios y alternativas asociadas con el tratamiento o no tratamiento. Mi Agente del Cuidado de la Salud no debe autorizar ningún tratamiento que él o ella sepa, o debería saber tras una pregunta razonable, que es contrario a mis creencias religiosas o mis valores básicos, ya sea que hayan sido expresados oralmente o por escrito.
- (3) No se le debe responsabilizar a mi Agente por los costos del tratamiento en conformidad a la autorización de mi Agente, basados solamente en esa autorización.
- (4) Mi Agente debe tener la autoridad continua de servir como mi Agente aun en el caso de que yo proteste la autoridad de mi Agente después de que se haya determinado que soy incapaz de tomar una decisión informada.

SECCIÓN II: INSTRUCCIONES ACERCA DEL CUIDADO DE MI SALUD PARA MI AGENTE DEL CUIDADO DE SALUD Y TODO PERSONAL MÉDICO

A. Instrucciones generales: Una presunción por la vida

- (1) Mis deseos y preferencias se basan en la tradición moral judeo-cristiana, la cual ve la vida humana como un regalo de un Dios amoroso. Esta tradición respeta la vida futura de todo ser humano porque cada ser humano está hecho a imagen y semejanza de Dios y por lo tanto tiene un valor y significado especial.
- (2) Creo que vengo de un Dios y que regresaré a un Dios, en el tiempo de Dios y de la forma que Dios quiera y no como yo quiera.
- (3) Como miembro de la Iglesia Católica, deseo seguir las enseñanzas morales de la Iglesia, o aunque no sea miembro de la Iglesia Católica, doy instrucciones a mi Agente del Cuidado de la Salud a adherirse a las enseñanzas morales de la Iglesia Católica cuando tome decisiones sobre el cuidado de salud en mi nombre. Deseo recibir todo el cuidado obligatorio que mi fe enseña que tenemos el deber de aceptar. También creo que Jesús ha conquistado el pecado para que la muerte pierda su escozor (1 Cor. 15:55) y que la muerte no debe ser resistida de ninguna forma y que tengo el derecho de rechazar tratamiento médico que sea una carga excesivamente pesada y que solamente

prolongaría mi muerte. También sé que moralmente podría recibir medicamentos para aliviar el dolor aunque esté previsto que su uso pueda tener el resultado no intencionado de acortar mi vida.

- (4) Doy instrucciones a los que me cuidan que eviten hacer cualquier cosa que sea contraria a las enseñanzas morales de la Iglesia Católica. Los que tomen decisiones en mi nombre deberán guiarse por las enseñanzas morales de la Iglesia Católica, incluidas las enseñanzas contenidas en la guía de preguntas y respuestas de los obispos de Virginia Medical Dilemmas and Moral Decision-Making (Dilemas médicos y toma de decisiones morales) y las referencias autoritativas de la Iglesia Católica citadas en dicho documento. Si mis proveedores de cuidado de salud no están familiarizados con tales enseñanzas o referencias autoritativas, solicito que se consulte con un capellán católico o sacerdote católico para que le provea orientación.
- (5) Considero que la comida (nutrición) y el agua (hidratación), aunque sean administrados por medios artificiales, siempre son naturales y, en principio, medios ordinarios y proporcionados de preservar la vida, no actos médicos ni terapéuticos. Doy instrucciones a mi Agente del Cuidado de la Salud a autorizar y a mi proveedor de cuidado de salud a proveer comida y líquidos por vía oral, intravenosa, por intubación o por cualquier otro medio en la máxima medida necesaria tanto para preservar mi vida como para asegurarme la óptima salud posible, a menos o hasta que los beneficios de tal nutrición e hidratación sean claramente sobrepasados por un peligro o carga definitivo, o sea inútil para alcanzar el resultado intencionado.
- (6) Rechazo en cualquier situación cualquier tratamiento que use directamente a un niño nacido o no nacido, o cualquier tejido u órgano de un niño nacido o no nacido, que sea producto de un aborto inducido.
- (7) Rechazo en cualquier situación cualquier tratamiento que use un órgano o tejido de otra persona, obtenido de una manera que directamente cause, contribuya o apesure la muerte de dicha persona.
- (8) Es mi intención que las instrucciones en este documento sean seguidas aunque se alegue que he intentado suicidarme en algún momento después de firmarlo.
- (9) Doy instrucciones que el tratamiento médico y el cuidado de salud sea provisto para preservar mi vida sin discriminación basada en mi edad, incapacidad física o mental, o la actual o anticipada “calidad” de vida.
- (10) Doy instrucciones que mi vida no sea terminada por un suicidio asistido o eutanasia, esto último significa una acción u omisión que directamente afectaría o causaría mi muerte.

B. Instrucciones particulares concernientes a tratamientos para prolongación de la vida

Cuando esté en las etapas finales de una enfermedad o una lesión terminal o cuando mi muerte sea inminente, pido ser informado(a) de esto para que me prepare para la muerte. Además, solicito (poner sus iniciales en cada artículo que solicite):

____ Que yo sea atendido(a) por un sacerdote católico y que se me provea la oportunidad de recibir los Sacramentos de la Iglesia (Reconciliación o Confesión, Sagrada Eucaristía y Unción de los Enfermos) si soy Católico(a).

____ Que en la medida de lo posible, se tomen todas las medidas razonables para permitirme ver a mi familia y reconciliarme con todos y cada uno de los que yo haya estado separado(a).

____ Que en la medida de lo posible, me sea permitido morir en mi hogar o en un hospicio que tenga la apariencia de un hogar.

DIRECTIVA MÉDICA ANTICIPADA

Después de que se hayan hecho los esfuerzos posibles para satisfacer mis solicitudes, conforme a lo anterior, doy la siguiente instrucción (ponga sus iniciales sólo en UN (1) artículo):

_____ Que se retire o retenga la aplicación de todo procedimiento para la prolongación de la vida (incluidos respiración artificial, resucitación cardiopulmonar y procedimientos invasivos) los cuales servirían sólo para prolongar artificialmente el proceso de morir, y que se me permita morir naturalmente con solamente la administración de medicamentos y la administración de procedimientos médicos considerados necesarios para asegurar mi comodidad y aliviar el dolor.

_____ Que se continúe todo tratamiento para prolongar mi vida mientras sea razonablemente posible dentro de los límites del cuidado de la salud generalmente aceptados.

_____ Que escojo no proveer lineamientos escritos e instruyo a mi Agente del Cuidado de la Salud a que tome decisiones en cuanto al final de la vida basados en mis valores y deseos conocidos.

En ausencia de mi habilidad para dar instrucciones en cuanto al uso de tales procedimientos de prolongación de la vida, es mi intención que esta Directiva Médica Anticipada sea respetada por mi familia y los médicos como la expresión final de mi derecho legal a rechazar cuidado de salud y la aceptación de las consecuencias de tal rechazo. En todo los casos, doy instrucciones de que las decisiones sobre mi tratamiento médico y cuidado de salud sean hechas de acuerdo a las enseñanzas morales católicas.

C. Instrucciones adicionales del cuidado de la salud para mujeres

Si estoy embarazada, doy instrucciones de que, sin importar mi condición física o mental, todo procedimiento médico indicado, incluidas la nutrición médicamente asistida y la hidratación, sea provisto para sustentar mi vida y la vida de mi hijo(a) no nacido(a) hasta su nacimiento o por lo menos hasta que se alcance la viabilidad del niño(a). Nadie está autorizado a consentir cualquier tratamiento o procedimiento en mi nombre, cuyo único efecto inmediato y directo sea la terminación de mi embarazo antes de que sea alcanzada la viabilidad del niño(a).

Entiendo que yo podría moralmente aceptar o rechazar operaciones, medicamentos y formas de tratamiento que tienen como propósito directo la curación de una dolencia patológica grave, cuanto estas intervenciones no pueden ser pospuestas sin riesgo alguno hasta que se alcance la viabilidad de mi niño(a) no nacido(a), aunque tales intervenciones resulten indirectamente en la muerte de mi niño(a). Si se ha determinado que soy incapaz de proveer el consentimiento para tales intervenciones (ponga sus iniciales sólo en UN (1) artículo):

_____ Otorgo la autoridad a mi Agente del Cuidado de la Salud para que consienta o rechace tales intervenciones.

_____ No le otorgo la autoridad a mi Agente del Cuidado de la Salud para que consienta o rechace tales intervenciones.

DIRECTIVA MÉDICA ANTICIPADA

SECCIÓN III: NOMBRAMIENTO DE UN AGENTE PARA QUE HAGA UNA DONACIÓN ANATÓMICA DONACIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS U OJOS (Esta sección es opcional)

(TACHAR ESTA SECCIÓN SI USTED NO QUIERE NOMBRAR A UN AGENTE PARA QUE HAGA UNA DONACIÓN ANATÓMICA O DONACIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS U OJOS POR USTED)

1. Autorización legal. Tras mi muerte segura, doy instrucciones de que toda donación anatómica de todo mi cuerpo o donación de ciertos órganos, tejidos u ojos debe hacerse conforme a las directivas que figuran a continuación.

2. Nombramiento de un Agente (ponga sus iniciales sólo en UN (1) artículo)

_____ El mismo Agente (y Agentes sucesores) nombrados anteriormente en la SECCIÓN I.

_____ Por este medio, nombro a la siguiente persona como mi Agente para que haga dicha donación anatómica, o de órgano, tejido u ojos después de mi muerte segura:

Nombre del Agente para este propósito (en letras): _____

Dirección (en letras): _____

Número de teléfono: _____

3. Instrucciones al Agente (opcional): Doy las siguientes instrucciones en cuanto a mi donación anatómica o de órgano, tejidos u ojos:

4. No se debe extraer óvulos o espermatozoides –de mi donación anatómica, o de órganos tejidos – para el propósito de crear un embrión.

SECCIÓN IV: AFIRMACIÓN Y DERECHO DE REVOCAR

Al firmar aquí, declaro que estoy emocional y mentalmente capacitado(a) para hacer estas Directivas Médicas Anticipadas y que entiendo el propósito y efecto de este documento. Entiendo que yo puedo revocar todo o cualquier parte de este documento en cualquier momento i) con un escrito firmado y fechado, ii) por medio de una cancelación o destrucción física de esta Directiva Médica Anticipada de mi parte o al dirigir a alguien más a que lo destruya en mi presencia, o iii) por medio de una expresión oral de mi intención de revocar.

Las copias de este documento llevan la misma fuerza y autoridad del original. La copia original de este documento está en posesión de [ponga el nombre], o puede encontrarse en [especifique el lugar en donde se puede encontrar el documento original]:

FIRMA Y TESTIGOS:

Firma del Declarante

Fecha

El declarante tiene por lo menos 18 años de edad y voluntariamente ha fechado y firmado la Directiva Médica Anticipada anterior en mi presencia, sin ninguna apariencia de estar bajo coacción, influencia excesiva o fraude.

(Testigo)

(Testigo)

SUPLEMENTO A LA DIRECTIVA MÉDICA ANTICIPADA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL

OPCIÓN DE OPOSICIÓN DEL PACIENTE AL TRATAMIENTO (Esta sección es opcional)

Esta sección incluye mis instrucciones específicas acerca del cuidado de mi salud, si estoy objetando el cuidado de salud que mi Agente y mi médico creen que necesito. (LAS LEYES DEL ESTADO DE VIRGINIA DECLARAN CLARAMENTE QUE NADA DE LO EXPUESTO EN ESTA SECCIÓN PUEDE USARSE PARA AUTORIZAR A NADIE A TOMAR NINGUNA DECISIÓN QUE COMPRENDA EL RETIRO O LA NEGACIÓN DE TRATAMIENTO PARA PROLONGAR LA VIDA).

Para completar esta Sección, usted va a necesitar la firma de su médico o psicólogo clínico, en donde certifica que usted es capaz de tomar una decisión informada y que usted entiende las consecuencias de esta disposición en el momento en que usted ejecute (firme) la directiva anticipada. Esta es la única Sección en la Directiva Médica Anticipada que requiere la firma de un médico o de un psicólogo clínico autorizado. No se requiere la firma de un médico para ninguna otra porción de este documento; todas las otras porciones de esta Directiva Médica Anticipada están en plena vigencia con o sin la firma de un médico.

PODERES ESPECIALES DE MI AGENTE PARA AUTORIZAR CUIDADO MÉDICO PESE A MI OBJECCIÓN

Yo, (escriba su nombre) _____ le doy a mi Agente del Cuidado de la Salud, el poder de autorizar a mis médicos a proveerme los tipos específicos de tratamientos médicamente necesarios y el cuidado de salud autorizado a continuación pese a mi objeción (ponga sus iniciales en cada artículo que autorice):

___ Autorizar mi admisión a un establecimiento para el tratamiento de enfermedades mentales permitidos por la ley, aun si yo lo objeto.

___ Autorizar otro cuidado de salud que esté permitido por la ley y que mi Agente del Cuidado de la Salud y mi médico creen que yo necesito, aun si yo lo objeto. Esto puede incluir cualquier tipo de cuidado de la salud a menos que yo haya indicado otra cosa en mis instrucciones específicas escritas en este documento, en mi Directiva Médica Anticipada, o en el espacio a continuación.

No autorizo los siguientes tipos específicos de cuidado de la salud: _____

INSTRUCCIONES ADICIONALES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL, SI LAS HUBIERE

Si usted quiere dar instrucciones adicionales acerca del cuidado de su salud mental, lo puede hacer aquí. Puede usar esta sección para dar instrucciones sobre su cuidado de la salud mental aun si no tuviera un Agente. Si usted no brinda instrucciones específicas, el cuidado de su salud mental se basará, hasta donde lo permita la ley, en sus deseos y valores si son conocidos o, si no, en su mejor interés.

A. Doy instrucciones específicas que quiero recibir el siguiente cuidado de la salud mental si es médicamente apropiado:

B. Doy instrucciones específicas que no quiero recibir el siguiente cuidado de salud mental:

DIRECTIVA MÉDICA ANTICIPADA

PARA DAR A SU AGENTE CUALQUIERA DE LOS PODERES DESCRITOS ANTERIORMENTE, SU MÉDICO O PSICÓLOGO CLÍNICO AUTORIZADO DEBE FIRMAR ESTA DECLARACIÓN, A CONTINUACIÓN.

Soy médico o psicólogo clínico autorizado familiarizado con la persona que ha hecho este Suplemento a la Directiva Médica Anticipada para el Cuidado de la Salud Mental. Doy fe de que esta persona es actualmente capaz de tomar una decisión informada y que entiende las consecuencias de los poderes especiales que le otorga a su Agente con este suplemento.

Médico o Psicólogo Clínico Autorizado (Nombre en Letras y Dirección)

Firma del Médico o Psicólogo Clínico Autorizado

Fecha

AFIRMACIÓN Y DERECHO DE REVOCAR: Con mi firma a continuación, afirmo que entiendo este Suplemento a la Directiva Médica Anticipada para el Cuidado de la Salud Mental y que lo suscribo voluntariamente. También entiendo que la puedo revocar en su totalidad o en parte y en cualquier momento, como lo estipula la ley.

Firma del Declarante

Fecha

NOTA: ESTE SUPLEMENTO A LA DIRECTIVA MÉDICA ANTICIPADA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DEBE MANTENERSE CON SU DIRECTIVA MÉDICA ANTICIPADA GENERAL.

For copies, comments or clarifications, contact:

Respect Life Office

Diocese of Arlington

200 North Glebe Road, Suite 523

Arlington, Virginia 22203

(703) 841-3817

respectlife@arlingtondiocese.org

Catholic Dioceses of Arlington and Richmond