

PRECISION BONE AND JOINT SURGERY CENTER, LLC
CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE A LAS MEDIDAS DE REANIMACIÓN
NO ES UNA REVOCACIÓN DE DIRECTIVAS ANTICIPADAS O PODERES NOTARIALES MÉDICOS

TODOS LOS PACIENTES TIENEN DERECHO A PARTICIPAR EN SUS PROPIAS DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA Y A TOMAR DIRECTIVAS ANTICIPADAS O A EJECUTAR PODERES NOTARIALES QUE AUTORICEN A OTROS A TOMAR DECISIONES EN SU NOMBRE EN FUNCIÓN DE LOS DESEOS EXPRESADOS POR EL PACIENTE CUANDO EL PACIENTE NO PUEDE TOMAR DECISIONES O NO PUEDE COMUNICAR DECISIONES. EL CENTRO DE CIRUGÍA RESPETA Y DEFIENDE ESOS DERECHOS.

SIN EMBARGO, A DIFERENCIA DE UN ENTORNO HOSPITALARIO DE CUIDADOS INTENSIVOS, EL CENTRO DE CIRUGÍA NO REALIZA RUTINARIAMENTE PROCEDIMIENTOS DE "ALTO RIESGO". LA MAYORÍA DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN ESTA INSTALACIÓN SE CONSIDERAN DE RIESGO MÍNIMO. POR SUPUESTO, NINGUNA CIRUGÍA ESTÁ EXENTA DE RIESGOS, DISCUTIRÁ LOS DETALLES DE SU PROCEDIMIENTO CON SU MÉDICO QUE PUEDE RESPONDER SUS PREGUNTAS SOBRE SUS RIESGOS, SU RECUPERACIÓN ESPERADA Y LA ATENCIÓN DESPUÉS DE SU CIRUGÍA.

POR LO TANTO, ES NUESTRA POLÍTICA, COMO UNA CUESTIÓN DE CONSCIENCIA Y SEGÚN LO PERMITIDO POR EL ESTATUTO DEL ESTADO DE FLORIDA 765.104, INDEPENDIEMENTE DEL CONTENIDO DE CUALQUIER DIRECTIVA ANTICIPADA O INSTRUCCIONES DE UN SUSTITUTO DE ATENCIÓN MÉDICA O ABOGADO DE HECHO, QUE SI OCURRE UN EVENTO ADVERSO O DETERIORO INESPERADO DURANTE SU TRATAMIENTO EN ESTE CENTRO, VAMOS A INICIAR RESUCITAR U OTRAS MEDIDAS ESTABILIZADORAS Y TRANSFERIRLO A UN HOSPITAL DE CUIDADOS INTENSIVOS PARA UNA EVALUACIÓN ADICIONAL. EN EL HOSPITAL DE CUIDADOS INTENSIVOS SE ORDENARÁ UN TRATAMIENTO ADICIONAL O LA RETIRADA DEL TRATAMIENTO YA INICIADAS DE ACUERDO CON SUS DESEOS, INSTRUCCIONES ANTICIPADAS O PODER NOTARIAL DE ATENCIÓN MÉDICA. SU ACUERDO CON ESTA POLÍTICA POR SU FIRMA A CONTINUACIÓN NO REVOCA NI INVALIDA NINGUNA DIRECTIVA DE ATENCIÓN MÉDICA ACTUAL O PODER NOTARIAL DE ATENCIÓN MÉDICA.

SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON ESTA POLÍTICA, NOS COMPLACE AYUDARLO A REPROGRAMAR EL PROCEDIMIENTO.

SI TIENE UNA DIRECTIVA ANTICIPADA, NO DUDE EN TRAER UNA COPIA CON USTED A SU CITA PARA ARCHIVARLA.

LAS SIGUIENTES PÁGINAS TIENEN UNA DIRECTIVA ANTICIPADA ESTÁNDAR SI DESEA COMPLETARLA.

Directiva anticipada de atención de la salud

Nombre: _____

Fecha: _____

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre la atención de su salud. También tiene derecho a designar a otra persona para que tome decisiones sobre la atención de su salud en su nombre. Este formulario también le permite escribir sus deseos sobre la donación de órganos y la designación de su médico de atención primaria. Si utiliza este formulario, puede completarlo o cambiar cualquier parte del mismo. También puede utilizar un formulario diferente, si lo desea.

Tiene derecho a cambiar o revocar esta Directiva anticipada de atención de la salud en cualquier momento.

Parte 1 – Poder legal para la atención de la salud

(1.1) DESIGNACIÓN DEL AGENTE: Designo a la siguiente persona como mi agente para que tome decisiones de atención de la salud en mi nombre:

Nombre de la persona que elige como agente: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Teléfonos: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

AGENTE SUSTITUTIVO (Optativo): Si revoco la autoridad de mi agente o mi agente no está dispuesto, no es capaz o no se halla razonablemente disponible para tomar una decisión de atención de la salud en mi nombre, designo como mi primer agente sustitutivo a:

Nombre de la persona que elige como agente sustitutivo: _____

Relación: _____

Dirección: _____

Teléfonos: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

SEGUNDO AGENTE SUSTITUTIVO (Optativo): Si revoco la autoridad de mi primer agente y de mi primer agente sustitutivo, o si ninguno de los dos está dispuesto, es capaz o se halla razonablemente disponible para tomar una decisión de atención de la salud en mi nombre, designo como mi segundo agente sustitutivo a:

Nombre de la persona que elige como segundo agente sustitutivo: _____

Dirección: _____

Teléfonos: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

(1.2) **AUTORIDAD DEL AGENTE:** Mi agente está autorizado a 1) tomar todas las decisiones de atención de la salud en mi nombre, incluyendo decisiones para proporcionar, retener o retirar la nutrición y la hidratación artificiales y todas las otras formas de atención de la salud para mantenerme vivo, 2) elegir una institución de atención de la salud o un médico específicos y 3) recibir o consentir que se divulgue información y datos médicos, excepto como lo indico a continuación: _____

(Si es necesario, añada hojas.)

(1.3) **CUÁNDO ENTRA EN VIGOR LA AUTORIDAD DE MI AGENTE:** La autoridad del agente entra en vigor cuando mi médico primario determina que soy incapaz de tomar mis propias decisiones de atención de la salud, a menos que ponga mis iniciales en la próxima línea.

Si pongo mis iniciales en esta línea, deseo que mi agente tome decisiones inmediatamente sobre la atención de mi salud, incluso si todavía puedo tomarlas por mí mismo. _____

(1.4) **OBLIGACIÓN DEL AGENTE:** Mi agente tomará decisiones sobre la atención de mi salud en mi nombre de conformidad con este poder legal para la atención de la salud, con todas las instrucciones que doy en la Parte 2 de este formulario y con mis otros deseos en la medida en que los conozca mi agente. En los casos en que mis deseos se desconozcan, mi agente deberá tomar decisiones de atención de mi salud en mi nombre de conformidad con lo que mi agente determine que sea mi mejor interés. Al determinar mi mejor interés, mi agente deberá tener en cuenta mis valores personales en la medida en que mi agente los conozca.

(1.5) **AUTORIDAD DEL AGENTE POSTERIOR A LA MUERTE:** Mi agente está autorizado a realizar donaciones anatómicas, autorizar una autopsia o indicar lo que hará con mis restos, excepto como lo indico aquí o en la Parte 3 de este formulario: _____

(Si es necesario, añada hojas.)

(1.6) **NOMBRAMIENTO DE UN TUTOR ADMINISTRATIVO:** Si la corte necesita nombrar un tutor administrativo de mi persona, nombro al agente designado en este formulario. Si el agente no está dispuesto, no es capaz, o no se halla razonablemente disponible para actuar como tutor administrativo, nombro a los agentes sustitutos que nombré. _____ (ponga aquí sus iniciales)

Parte 2 – Instrucciones para la atención de la salud

Si llena esta parte del formulario, puede tachar todo lo que no desee.

(2.1) **DECISIONES PARA EL FINAL DE LA VIDA:** Indico a mis profesionales de la salud y a otras personas que participen en mi atención que proporcionen, retengan o retiren el tratamiento de conformidad con la opción que marqué a continuación:

- a) Opción de no prolongar
No deseo que se prolongue mi vida si los posibles riesgos y cargas del tratamiento serán mayores que los beneficios esperados o si pierdo el conocimiento y si con un grado realista de certeza médica no recuperaré el conocimiento, o si tengo un trastorno incurable e irreversible que resultará en mi muerte en un plazo relativamente breve.

O bien,

- b) Opción de prolongar
Deseo que mi vida se prolongue lo más posible dentro de los límites de las normas médicas de aceptación general.

(2.2) OTROS DESEOS: Si tiene instrucciones diferentes o más específicas aparte de las que marcó anteriormente, tales como: lo que usted considera como una calidad de vida razonable, los tratamientos que considera como una carga o inaceptables, escríbalos aquí.

(Si es necesario, añada hojas.)

Parte 3 - Donación de órganos al morir (optativo)

(3.1) Al morir (marque la casilla que corresponda):

- Dono todos los órganos, tejidos o partes que sean necesarias
- Dono únicamente los siguientes órganos, tejidos o partes
- No deseo donar órganos, tejidos ni partes.

Mis donaciones para los siguientes fines (tache todos los siguientes que no desee):

Transplante Terapia Investigación Educación

Parte 4 - Médico de atención primaria (optativo)

(4.1) Designo al siguiente médico como mi médico de atención primaria:

Nombre del médico: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Parte 5 – Firma

(5.1) EFECTO DE UNA COPIA: Una copia de este formulario tiene el mismo efecto que el original.

(5.2) FIRMA: Firme su nombre: _____ Fecha: _____

(5.3) ENUNCIADO DE TESTIGO: Declaro bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes de Florida (1) que conozco personalmente a la persona que firmó o aceptó esta directiva anticipada de atención de la salud o que la identidad de dicha persona me fue probada mediante prueba convincente, (2) que la persona firmó o aceptó esta directiva anticipada en mi presencia, (3) que la persona parece estar en su sano juicio y no estar bajo coacción, fraude o coerción indebida, (4) que no soy la persona nombrada como agente en esta directiva anticipada y (5) que no soy el profesional de la salud de la persona, ni un empleado del profesional de la salud de la persona, ni el operador de una institución comunitaria de atención, ni el empleado de un operador de una institución comunitaria de atención, ni el operador de una institución residencial de cuidado de ancianos, ni un empleado del operador de una institución residencial de cuidado de ancianos.

PRIMER TESTIGO

Nombre en letra de molde: _____

Dirección: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

SEGUNDO TESTIGO

Nombre en letra de molde: _____

Dirección: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

(5.4) DECLARACIÓN ADICIONAL DE LOS TESTIGOS: A menos uno de los testigos que anteceden también debe firmar la siguiente declaración:

Declaro además bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes de Florida que no tengo ningún parentesco directo, por matrimonio o por adopción con la persona que firma esta directiva anticipada y que, de mi mejor saber, no tengo derecho a ninguna parte de la herencia de la persona cuando muera de conformidad con un testamento ahora existente ni por mandato de ley.

Firma del testigo: _____

Firma del testigo: _____

Parte 6 - Requisito especial del testigo si usted se halla en una institución de enfermería especializada

(6.1) El defensor u "ombudsman" del paciente debe firmar la siguiente declaración:

DECLARACIÓN DEL DEFENSOR (OMBUDSMAN) DEL PACIENTE

Declaro bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes de Florida que soy defensor u "ombudsman" del paciente designado por el Departamento de la Vejez de Florida y que sirvo como testigo según lo requiere la sección 4675 del Código Testamentario:

Nombre en letra de molde: _____ Firma: _____

Dirección: _____ Fecha: _____

Certificación del notario público (no se requiere si la firman dos testigos)

Estado de Florida, Condado de _____, Hoy, _____ de _____ de _____, compareció personalmente ante mí, notario público abajo firmante en y autorizado por dicho Estado, _____, a quien conozco personalmente o que se me probó con pruebas satisfactorias que se trata de la persona cuyo nombre se halla firmado en el presente instrumento, que me indicó que lo aceptó.

En fe de lo cual, firmo y pongo mi sello oficial

[Seal]

Firma _____

Instrucciones para el formulario de la directiva anticipada para la atención de la salud

Tiene derecho a dar instrucciones sobre la atención de su salud.

También tiene derecho a designar a otra persona para que tome decisiones de atención de su salud en su nombre

El formulario Directiva anticipada de atención de la salud le permite hacer una o ambas cosas. También le permite escribir sus deseos sobre la donación de órganos y la elección de su médico de atención primaria. Si utiliza el formulario puede completar o cambiar cualquier parte del mismo o todo el formulario. También puede utilizar un formulario diferente.

INSTRUCCIONES

Parte 1: Poder legal

La Parte 1 le permite:

- **Nombrar** a otra persona como su **agente** para que tome decisiones de atención de su salud en su nombre si usted no puede tomar sus propias decisiones. También puede hacer que su agente tome decisiones en su nombre inmediatamente, incluso si todavía puede tomar sus propias decisiones.
- **Nombrar también** a un **agente sustitutivo** para que actúe su nombre si el agente que eligió como su primera opción no está dispuesto, no es capaz o no se halla disponible razonablemente para tomar decisiones en su nombre.

Su **agente** no puede ser:

- Un operador ni un empleado de una institución comunitaria de atención ni de una institución residencial de atención en la que usted está recibiendo atención.
- El profesional de la salud que supervisa su atención (el médico maneja su atención).
- Un empleado de una institución de atención de la salud en la que usted esté recibiendo atención, a menos que su agente sea un pariente suyo o un compañero de trabajo.

Su **agente** puede tomar todas las decisiones de atención de la salud en su nombre, a menos que limite la autoridad de su agente. No está obligado a limitar la autoridad de su agente.

Si quiere limitar la autoridad de su agente, el formulario incluye un espacio para hacerlo.

Si usted opta por no limitar la autoridad de su agente, su agente tendrá derecho a hacer lo siguiente:

- Prestar consentimiento a o rechazar toda atención, tratamiento, servicio o intervención para mantener, diagnosticar o de alguna otra manera afectar un trastorno físico o mental.
- Elegir o despedir profesionales e instituciones de atención de la salud (esto es, elegir un médico en su nombre).
- Estar de acuerdo o en desacuerdo con los análisis de diagnóstico, las intervenciones quirúrgicas y los planes de medicamentos.
- Estar de acuerdo o en desacuerdo con proporcionar, retener o retirar la alimentación y los fluidos artificiales y todas otras formas de atención de la salud, incluyendo la resucitación cardiopulmonar (RCP).
- Realizar donaciones anatómicas después de su muerte (donar órganos y tejidos), autorizar una autopsia y tomar decisiones sobre lo que se hará con su cuerpo.

Parte 2: Instrucciones para la atención de la salud

Puede dar instrucciones específicas sobre cualquier aspecto de la atención de su salud, independientemente de si nombra o no a un agente.

El formulario contienen opciones diseñadas para ayudarle a escribir sus deseos sobre proporcionar, retener o retirar el tratamiento para mantenerlo vivo.

También puede añadir las elecciones que haya tomado o escribir deseos adicionales.

No necesita llenar la parte 2 de este formulario si desea permitir que su agente tome las decisiones sobre la atención de su salud que

considere que sean las mejores para usted sin añadir sus instrucciones específicas.

Parte 3: Donación de órganos

Puede escribir sus deseos sobre donar los órganos y tejidos de su cuerpo después de su muerte.

Parte 4: Médico de atención primaria

Puede elegir un médico para que tenga la responsabilidad primaria o principal de la atención de su salud.

Parte 5: Firma y testigos

Después de completar el formulario, **firmelo y póngale la fecha** en la sección provista.

El formulario tiene que estar firmado **por dos testigos calificados** (vea la declaración de los

testigos incluida en este formulario) o aceptado ante notario público. **Si dos testigos firman el formulario, no es obligación que lo firme un notario. Los testigos tienen que firmar el formulario en la misma fecha en que lo firme la persona que realice la Directiva anticipada.**

Si es un paciente en una institución de enfermería especializada vea la parte 6.

Parte 6: Requisito de testigo especial

Un defensor u “ombudsman” del paciente debe atestiguar el formulario **si usted es paciente en una institución de enfermería especializada** (una institución de atención de la salud que proporciona atención de enfermería especializada y atención de apoyo a pacientes). Vea la Parte 6 del formulario.

[Ok not to have boxes on top 2 items – for better readability]

Tiene derecho a cambiar o revocar su Directiva anticipada de atención de la salud en cualquier momento.

Si tiene preguntas sobre completar la Directiva anticipada en el hospital, pida hablar con un capellán o un asistente social.

Le solicitamos que
llene este formulario en inglés,
para que las personas encargadas de atenderlo
puedan entender sus instrucciones.