



Lucy Aguilar
915-273-3467

Vanessa Hernandez
915-273-3238

CHRISTINA SANCHEZ
Procuraduría del Condado de El Paso
320 S. Campbell St., Suite 200
El Paso, Texas 79901
(915) 273-3238

Ciudadanos de El Paso, Texas:

La Oficina de la Procuradora del Condado se complace en proveerle dos formularios que le permitan 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 solo se le está proporcionando “información legal: y no “asesoría legal,” ya que esta última involucraría orientación sobre cómo aplicar la ley a sus necesidad personales.

Aunque nos hemos esforzados 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 los formularios no existe, ni se está formando, ninguna relación de cliente-abogado entre usted y 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,

CHRISTINA SANCHEZ
Procuradora del Condado de El Paso

DEFINICIONES:

- **“Nutrición e hidratación administradas artificialmente”** 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 tracto gastrointestinal.
- **“Estado irreversible”** significa un estado, lesión o enfermedad:
 - Que pueda ser tratada, pero nunca curada o eliminada;
 - Que deja a la persona incapacitada para cuidarse o para tomar decisiones por sí misma; y
 - Que, sin el 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 las enfermedades cerebrales graves, como la demencia de Alzheimer, pueden considerarse irreversibles en sus primeras etapas. No existe cura, pero el paciente puede mantenerse con vida durante periodos prolongados si recibe tratamiento para mantener la vida. En las etapas tardías de la misma enfermedad, esta puede considerarse terminal cuando, aún con tratamiento, se espera que el paciente muera. Tal vez desee considerar qué carga de tratamiento estaría dispuesto a aceptar en un esfuerzo por lograr un resultado específico. Esta es una decisión sumamente personal que tal vez desee consultar con su médico, familiares u otras personas importantes en su vida.

- **“Tratamiento para mantener la vida”** significa que, basado en un juicio médico razonable, aquel tratamiento que, basado en el criterio médico razonable, sostiene la vida de un paciente y 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, diálisis renal, e hidratación y nutrición artificial. El término no incluye la administración del medicamento para soportar el dolor, los procedimientos médicos necesario para paliar los síntomas y cualquier tipo de cuidado provisto con el fin de aliviar el dolor del paciente.
- **“Estado terminal”** significa un estado incurable ocasionado por una lesión o enfermedad que, de acuerdo con el criterio médico razonable, produce la muerte en menos de seis meses, aún con el tratamiento disponible para mantener la vida proporcionado de acuerdo con estándar prevaleciente de atención médica.

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

DIRECTIVA A LOS MÉDICOS Y FAMILIARES O SUBSTITUTOS

INSTRUCCIONES PARA LLENAR ESTE DOCUMENTO:

Este es un documento legal importante conocido como una directiva por adelantado. Está diseñado para ayudarle 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 general se basan en valores personales. En especial, quizá usted quiera considerar qué cargas o dificultades del tratamiento usted estaría dispuesto a aceptar a cambio de una cierta cantidad de beneficios obtenidos si usted estuviese gravemente enfermo.

Se le aconseja comentar sus valores y deseos con su familia o a quien usted elija como su vocero, así como con su médico. Su médico, otro proveedor de atención médica, o institución médica pueden brindarle diversos recursos para ayudarle a completar su directiva anticipada. A continuación, se ofrecen breves definiciones que le pudieran ayudar en sus pláticas y planes por adelante.

Ponga sus iniciales junto a sus elecciones de tratamiento que mejor reflejen sus preferencias personales. Deberá notificar a su médico de la existencia de la directiva escrita. Proporcione una copia de su directiva a su médico, hospital habitual, y a su familia o vocero. Considere un repaso ocasional de este documento. Al repararlo ocasionalmente, usted puede mejor asegurar que la directiva refleje sus preferencias.

Además de esta directiva por adelantado, le ley de Texas establece otros dos tipos de directivas que pueden ser 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 éstos con su médico, familia, representante del hospital u otros consejeros. Además, quizá usted quiera, completar una directiva relacionada a la donación de órganos o tejidos.

DIRECTIVA

Yo, _____ (coloque su nombre), reconozco que el mejor cuidado médico se basa en la unión de confianza y la comunicación con mi médico. Mi médico y yo tomaremos decisiones en conjunto sobre el cuidado médico mientras yo 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 dicto que las siguientes preferencias de tratamiento se honren:

Si, a juicio de mi médico, estoy sufriendo de **una enfermedad terminal** de la cual se espera que yo muera dentro de los siguientes seis (6) meses, aunque se provea tratamiento para seguir viviendo de acuerdo a las normas prevalecientes de cuidado médico:

_____ Solicito que se interrumpan o retengan todos los tratamientos que no sean aquellos que se necesiten para mantenerme cómodo, y que mi médico me permita morir lo menos doloroso posible; O

_____ Solicito que me mantengan vivo en esta condición terminal usando el tratamiento disponible para seguir viviendo. (ESTA SELECCIÓN NO SE APLICA PARA EL CUIDADO EN HOSPICIOS.)

Si, a buen juicio de mi médico, estoy sufriendo de **una condición irreversible** por la cual no puedo cuidar de mí mismo ni puedo tomar decisiones por mí mismo y se espera que yo muera si no se me provee tratamiento para seguir viviendo de acuerdo a las normas prevalecientes de cuidado médico:

_____ Solicito que se suspendan o retengan todos los tratamientos que no sean los necesarios para mantenerme cómodo, y que mi médico me permita morir lo más suavemente posible; O

_____ Solicito que me mantengan vivo en esta condición irreversible usando el tratamiento disponible para seguir viviendo. (ESTA SELECCIÓN NO SE APLICA PARA EL CUIDADO EN HOSPICIOS.)

Ruegos adicionales: (Luego de platicarlo con su médico, tal vez usted quiera tomar en cuenta una lista de los tratamientos particulares en este espacio que usted quiera o no quiera 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 solamente aquellos tratamientos necesarios para mantenerme cómodo serán proveídos y que no se me darán tratamientos disponibles para mantenerme con vida.

(Si ha ejecutado un Poder Legal para Asuntos Médicos, entonces ya se ha nombrado un agente y no debe incluir nombres adicionales en este documento.)

Si no cuento con un Poder Legal para Asuntos Médicos, y estoy incapacitado/a para expresar mis deseos, designio 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, aún con el uso de todos los tratamientos médicos disponibles provistos según los estándares de tratamiento prevalecientes, acepto que se suspenda o retire todo tratamiento que no sea necesario para mantenerme cómodo. Entiendo que bajo las leyes de Texas esta directiva no tiene validez si se me ha diagnosticado un embarazo. Esta directiva permanecerá vigente hasta que yo la revoque. Ninguna otra persona podrá hacerlo.

Yo firmo con mi nombre en esta Directiva a Los Médicos y Familiares o Substitutos en el ____ día de _____ de 20__.

(Firma)

(Nombre en imprenta)

(Ciudad, Condado, y Estado de Residencia)

Dos testigos adultos competentes deben reconocer la firma del declarante. El testigo designado como el Testigo 1 no puede ser la persona designada como agente a través de este documento, ni estar relacionado con el paciente ni por lazos de sangre ni por matrimonio. El testigo no puede tener derecho a ninguna parte del patrimonio y no puede tener un reclamo contra el patrimonio del paciente. Este testigo no puede ser el médico que atiende al paciente ni un empleado del médico que lo atiende. Si este testigo es un empleado del centro de atención médica en el que se atiende el paciente, este testigo no puede participar en la atención médica del paciente directamente. Este testigo no debe ser un funcionario, director, socio, o empleado de oficina administrativa de un centro de atención médica en el que se atiende al paciente ni de una organización matriz del centro de atención médica.

FIRMA DEL PRIMER TESTIGO

Firma: _____

FIRMA DEL SEGUNDO TESTIGO

Firma: _____

O

State of Texas,
County of El Paso

This instrument was acknowledged before me on _____, by _____
(date) (name of declarant)

NOTARY PUBLIC, State of Texas

Notary's Printed Name: _____

My commission expires: _____

PODER LEGAL PARA ASUNTOS MÉDICOS

DESIGNACIÓN DE AGENTE PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Yo, _____ (escriba su nombre) designo a:

Nombre: _____

Domicilio del Agente: _____ Teléfono: _____,

como mi agente para tomar todas y cada una de las decisiones de cuidado de la salud 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 por la ley si el matrimonio se disuelve, a menos que lo designe en este documento.)

Si la persona designada como mi agente está incapacitada o no quiere tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por mí, 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 período más corto o revoque este poder legal. Si estoy incapacitado para tomar decisiones por mí 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 mí 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 asuntos médicos.

DECLARACION DE DIVULGACIÓN

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

Exceptuando el hecho de que usted declare lo contrario, este documento le otorga a la persona que usted nombre como su 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 tomar decisiones por usted mismo. Debido a que “cuidado de la salud” significa cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar la condición física o mental, su agente tiene el poder de tomar una amplia gama de decisiones por usted sobre el cuidado de su salud. Su agente puede dar su consentimiento para un tratamiento médico y tomar decisiones sobre retirar o retener tratamientos que lo mantengan con vida. Su agente no podrá consentir en tener servicios voluntarios de salud mental para pacientes hospitalizados, tratamiento convulsivo, psicocirugía o aborto. Un médico deberá cumplir 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 de parte suya. A menos que usted declare lo contrario, su agente tiene la misma autoridad para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud que usted tendría si pudiera tomar decisiones de atención médica por 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 entienda la naturaleza y el rango de decisiones que puedan tomarse de parte suya. Si usted no tiene un médico, debe hablar con alguien que tenga conocimientos sobre estos asuntos y que le 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 como su agente debe ser alguien que conozca y en quien confíe. La persona deberá tener 18 años o más o ser una persona menor de 18 años a quien se le haya 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 haya designado que usted desea que esa persona 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 hayan 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 en este documento, su nombramiento de cónyuge se revoca si su matrimonio se disuelve, se anula o se declara nulo.

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 alternativo en el caso de que su agente no quiera, no pueda o no sea elegible para actuar como su agente. Cualquier agente alternativo que usted nombre tiene la misma autoridad que su agente para tomar decisiones sobre el cuidado de su salud.

ESTE PODER LEGAL NO SERÁ VÁLIDO A MENOS QUE:

- (1) USTED LO FIRME Y TENGA SU FIRMA RECONOCIDA ANTE UN NOTARIO PÚBLICO; O
- (2) USTED LO FIRME EN PRESENCIA DE DOS TESTIGOS ADULTOS COMPETENTES.

LAS SIGUIENTES PERSONAS NO PODRÁN ACTUAR COMO TESTIGOS:

- (1) la persona que usted haya 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 muera 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 un centro de atención médica en el cual usted es paciente si el empleado le brinda atención directa médica a usted o es un funcionario, director, socio o empleado de una oficina administrativa del centro de atención médica o de cualquier organización matriz de la instalación de atención médica; o
- (7) una persona que, en el momento que se ejecuta este poder legal para asuntos médicos, tenga algún reclamo en contra de una parte de su herencia luego de su muerte.

Al firmar a continuación, yo reconozco que he leído y entiendo la información contenida en la declaración de divulgación anterior.

(USTED DEBE FECHAR Y FIRMAR ESTE PODER LEGAL. LO PUEDE FIRMAR Y QUE SU FIRMA SEA CONFIRMADA ANTE UN NOTARIO PÚBLICO O LO PUEDE FIRMAR EN PRESENCIA DE DOS TESTIGOS ADULTOS COMPETENTES.)

FIRMA CONFIRMADA ANTE UN NOTARIO

Yo firmo con mi nombre en este Poder Legal en el _____ día de _____, de 20____,

(Ciudad y Estado)

(Firma)

(Nombre en imprenta)

State of Texas, County of El Paso

State of Texas,
County of El Paso

This instrument was acknowledged before me on _____, by _____
(date) (name of declarant)

NOTARY PUBLIC, State of Texas

Notary's Printed Name: _____

My commission expires: _____

O

FIRMA EN PRESENCIA DE DOS TESTIGOS ADULTOS COMPETENTES

DECLARACIÓN DEL PRIMER TESTIGO

Yo no soy la persona designada como agente a través de este documento. No estoy relacionado con el principal por lazos de sangre ni por matrimonio. No tendré derecho a ninguna parte de la herencia del principal luego de 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 luego de 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 atención médica ni de ninguna organización matriz de la instalación de atención médica.

Firma: _____

Nombre en imprenta: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

FIRMA DEL SEGUNDO TESTIGO

Firma: _____

Nombre en imprenta: _____ Fecha: _____

Dirección: _____