

# Directivas Avanzadas

I O W A



 **Alegent Health**  
This is your healthcare

## **Alegent Health Declaración de la misión (Advance Directives)**

***Fieles al ministerio de curación de Jesucristo, nuestra misión es brindar atención de alta calidad para el cuerpo, la mente y el espíritu de todas las personas. Nuestro compromiso de curación nos exige:  
crear ambientes humanitarios y compasivos;  
respetar la dignidad de todas las personas;  
cuidar de los recursos que nos han confiado como administradores responsables;  
colaborar con terceros a fin de mejorar la salud de nuestras comunidades;  
atender especialmente las necesidades de las personas que viven en la pobreza y la marginación;  
actuar con integridad en todos los esfuerzos.***

**Para cumplir esta misión, nos comprometemos a ser creativos, líderes visionarios comprometidos con una atención de salud holística en la región.**

**Alegent Health está patrocinado por Catholic Health initiatives e Immanuel Health Systems y se basa en las tradiciones de las Hermanas de la Misericordia, la Comunidad Regional de Omaha y la Iglesia Evangélica Luterana en América, Sínodo de Nebraska.**

## **CUIDADO DEL CUERPO, LA MENTE Y EL ESPÍRITU**

- ❖ Reflexione sobre sus valores personales y espirituales en relación con su vida y las cosas que son importantes para usted.
- ❖ Considere los tipos de atención y tratamiento médico que le gustaría o no recibir si no pudiera comunicar sus deseos de atención de salud.
- ❖ Infórmese acerca de las opciones de tratamiento y de las medidas de mantenimiento de la vida que se le puede pedir a sus seres queridos que consideren si usted no puede hacerlo.
- ❖ Consulte con su médico, proveedores de servicios de salud, guía espiritual, y las personas en quienes confía a fin de aclarar sus dudas y conversar sobre sus valores.
- ❖ Hable de sus valores con sus seres queridos para que puedan tomar decisiones relativas a su atención que reflejen sus deseos.

En algunas ocasiones, es posible que no pueda comunicar sus deseos de atención de salud a su médico o a otros proveedores de servicios de salud. Por ejemplo, si se lo lleva a un hospital en estado de inconsciencia y no puede informarle al personal médico del hospital sobre sus deseos específicos de atención médica, las instrucciones anticipadas le ayudarán a comunicarles la atención médica que desea o no desea recibir.

En este folleto, le proporcionamos la posibilidad de informarse más acerca de las instrucciones anticipadas. Si lo desea, puede redactar sus instrucciones anticipadas usando los formularios incluidos en este folleto.

Si ya cuenta con instrucciones anticipadas, infórmele a su médico o proveedor de servicios de salud de manera que puedan analizarlas con usted y colocarlas en su historia clínica.

## I. INTRODUCCIÓN

Las instrucciones anticipadas ayudan a garantizar que se respeten sus deseos sobre atención y tratamiento médico cuando no pueda expresarlos por sí mismo. Éstas también le permiten designar a alguien para que actúe en su nombre si usted no puede hacerlo.

Sin importar si cuenta o no con instrucciones anticipadas o decide redactar una, Alegent Health se compromete a brindarle la misma atención de alta calidad en conformidad con las leyes, ética y normas médicas aceptadas.

Esta información se ofrece a todos los pacientes adultos en conformidad con las leyes federales y estatales. Las leyes de Iowa otorgan a cada adulto competente (18 años de edad o más en Iowa) el derecho de tomar sus propias decisiones de atención de salud, lo que incluye el derecho a decidir qué atención o tratamiento médico aceptar, rechazar o interrumpir. Si no desea recibir cierto tipo de tratamiento o si desea nombrar a alguien para que tome las decisiones de atención de salud por usted, tiene derecho a informar de estas preferencias a su médico, al hospital o a otros proveedores de servicios de salud y, en general, a que se respeten estos derechos.

Debido a que éste es un asunto importante, le recomendamos que converse con su médico y con las personas cercanas a usted antes de decidir si desea o no redactar las instrucciones anticipadas. También es importante que comparta con las personas cercanas a usted y con su médico las preferencias y los valores que tenga en relación con sus deseos de atención de salud. Es recomendable que consulte con un abogado, pero no existe un requisito legal que así lo exija.

Si le surge alguna pregunta a medida que lee este folleto, consulte con sus proveedores de servicios de salud. Ellos pueden indicarle la persona que puede responder a sus preguntas o recomendarle que consulte a un abogado.

## II. INFORMACIÓN GENERAL SOBRE INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

### **Pregunta 1: ¿Qué son las instrucciones anticipadas?**

Las instrucciones anticipadas son documentos que establecen sus elecciones en cuanto a tratamiento médico o nombran a otra persona para que tome decisiones sobre su tratamiento médico si llega un momento en que no pueda tomarlas por sí mismo. Se denominan instrucciones “anticipadas” porque se firman por adelantado para permitir que su médico y otros proveedores de servicios de salud conozcan sus deseos en relación con el tratamiento médico cuando usted ya no pueda comunicarlos. Gracias a las instrucciones anticipadas, puede tomar decisiones legalmente válidas sobre su atención médica futura.

### **Las leyes de Iowa reconocen dos tipos de instrucciones anticipadas:**

- 1) una declaración de testamento vital;**
- 2) un poder notarial duradero para atención de salud (DPAHC, por sus siglas en inglés).**

### **Pregunta 2: ¿Qué es una declaración de testamento vital?**

Una “declaración de testamento vital” es un documento que le informa a su médico o a otros proveedores de servicios de salud si desea o no que se le administren tratamientos o procedimientos de mantenimiento de la vida si padeciera una enfermedad terminal o se encontrara en un estado de inconsciencia del cual, con un grado razonable de certeza médica, no puede haber recuperación. Se denomina “declaración de testamento vital” ya que entra en vigencia mientras usted todavía se encuentra con vida.

### **Pregunta 3: ¿Qué es un poder notarial duradero para atención de salud (DPAHC)?**

Un poder notarial duradero para atención de salud es un documento legal que le permite a usted (el “poderdante”) designar a otra persona (el “apoderado”) para que tome decisiones de atención de salud por usted si, a juicio del médico tratante, quedara inhabilitado temporal o permanentemente para tomar dichas decisiones. **No es necesario que la persona que escoja como su apoderado sea un abogado.**

### **Pregunta 4: ¿Debo tener instrucciones anticipadas?**

No, depende exclusivamente de usted si desea redactar documentos de instrucciones anticipadas. Sin embargo, si surgen preguntas sobre el tipo de tratamiento médico que desea o no desea, las instrucciones anticipadas pueden ayudar a comunicar sus deseos si usted no puede hacerlo. Ningún médico o proveedor de servicios de salud puede exigirle que tenga instrucciones anticipadas a fin de recibir atención ni tampoco puede prohibirle que las tenga.

### **Pregunta 5: ¿Necesito un abogado para preparar mi instrucción anticipada?**

Un abogado puede ser de utilidad y usted podría decidir conversar con él sobre estos asuntos, pero no existe ningún requisito legal en Iowa que lo exija. Si decide no consultar con un abogado, puede usar los formularios que se proporcionan en este folleto para firmar (formularios firmados ante notario o ante los testigos correspondientes) sus instrucciones anticipadas.

### **Pregunta 6: ¿Qué sucede si no realizo instrucciones anticipadas?**

Recibirá tratamiento médico incluso si no tiene ninguna instrucción anticipada. Sin embargo, existen grandes posibilidades de que reciba procedimientos o tratamientos que no desea si no cuenta con instrucciones anticipadas. Si no puede hablar por sí mismo y no ha firmado instrucciones anticipadas, generalmente, su médico u otros proveedores de servicios de salud consultarán con su familia o amigos las decisiones sobre su atención. Sin embargo, si su médico o establecimiento de atención de salud no está seguro o si sus familiares no están de acuerdo, éstos pueden solicitar a un tribunal que designe a una persona (llamada tutor) para que tome dichas decisiones por usted.

**Pregunta 7: ¿Con quiénes debo hablar sobre las instrucciones anticipadas?**

Antes de redactar sus instrucciones debe conversar con las personas más cercanas a usted y con quienes se preocupan por su atención. Converse sobre sus deseos con su familia, su médico, sus amigos o con otras personas indicadas como miembros del clero o su abogado. Éstas son las personas que probablemente participarán en su atención de salud si no puede tomar sus propias decisiones.

**Pregunta 8: ¿En qué momento entran en vigencia las instrucciones anticipadas?**

Las instrucciones anticipadas son *válidas* tan pronto se firman en forma adecuada. Sin embargo, es importante recordar que las instrucciones anticipadas sólo *entran en vigencia* cuando usted ya no puede tomar sus propias decisiones de atención de salud. Para cumplir sus instrucciones anticipadas, su proveedor de servicios de salud debe estar al tanto y tener una copia de éstas. Es su responsabilidad avisar y entregar una copia de sus instrucciones anticipadas a su proveedor de servicios de salud.

Mientras pueda tomar sus propias decisiones y dar un “consentimiento informado”, sus proveedores de servicios de salud se basarán en su opinión y **no** en sus instrucciones anticipadas. Su médico le debe entregar información, en un idioma que pueda entender, sobre los problemas graves que probablemente causará su tratamiento médico, lo que le permitirá dar su “consentimiento informado”.

**Pregunta 9: ¿Se respetarán mis instrucciones anticipadas?**

Generalmente sí, si sus instrucciones anticipadas se ajustan a las leyes de Iowa. Puede suceder que su médico u otro proveedor de servicios de salud no pueda cumplir sus instrucciones anticipadas debido a motivos morales, religiosos o profesionales, incluso si éstas se ajustan a las leyes estatales. Si ello sucede, deben informárselo de inmediato y ayudarlo a trasladarse a otro establecimiento o derivarlo a otro médico.

**Pregunta 10: ¿Puedo cambiar de parecer después de haber redactado mis instrucciones anticipadas?**

Sí. Puede cancelar o cambiar en cualquier momento toda instrucción anticipada que haya redactado. Para cancelar su instrucción, sólo destruya el documento original e informe sobre esto a su familia, amigos, médicos y a cualquier persona que tenga copias, de manera que también puedan destruirlas. Para cambiar su instrucción anticipada, sólo redacte, feche y firme una nueva. Nuevamente, entregue copias de sus documentos a todas las personas indicadas, incluyendo a su médico.

**Pregunta 11: ¿Se respetarán las instrucciones anticipadas de Iowa en otro estado?**

Las leyes sobre instrucciones anticipadas difieren de un estado a otro, de manera que no es seguro que las instrucciones anticipadas de Iowa sean válidas en otro estado. Debido a que las instrucciones anticipadas son una clara manifestación de sus deseos sobre la atención médica, tendrán efecto en dicha atención sin importar donde ésta se brinde. Sin embargo, si tiene planificado pasar mucho tiempo en otro estado, podría ser recomendable que considere firmar otras instrucciones anticipadas que cumplan todos los requisitos legales de ese estado.

**Pregunta 12: ¿Qué debo hacer con mis instrucciones anticipadas?**

Mantenga sus instrucciones anticipadas en un lugar seguro que conozcan sus seres queridos y que sea de fácil acceso para ellos si tuviera que hospitalizarse inesperadamente. Si tiene previsto hospitalizarse, lleve una copia de sus instrucciones anticipadas para colocarla en su historia clínica.

Entregue copias de sus instrucciones anticipadas a cuantas personas estime conveniente. Éstas pueden incluir a su cónyuge, familiares, amigos cercanos, médicos, abogado, miembros del clero y cualquier hospital local en el que pueda recibir tratamiento. No mantenga la única copia de sus instrucciones anticipadas en su caja de seguridad donde puede que sea inaccesible en caso de que se presente una emergencia. Además, mantenga una tarjeta pequeña en su bolsa o billetera que indique que tiene instrucciones anticipadas y a quién se debe contactar en caso de emergencia. Para ese propósito se proporcionan tarjetas de bolsillo al reverso de este folleto.

### III. DECLARACIÓN DE TESTAMENTO VITAL

#### **Pregunta 13: ¿Qué es una declaración de testamento vital?**

En la pregunta 1 se indicó que existen dos tipos de instrucciones anticipadas: (1) una declaración de testamento vital y (2) un poder notarial duradero para atención de salud (“DPAHC”). Una declaración de testamento vital es un documento que le informa a su médico o a otros proveedores de servicios de salud si desea o no que se le administren tratamientos o procedimientos de mantenimiento de la vida si padeciera una enfermedad terminal o se encontrara en un estado de inconsciencia del cual, con un grado razonable de certeza médica, no puede haber recuperación. Se denomina “declaración de testamento vital” ya que entra en vigencia mientras usted todavía vive.

#### **Pregunta 14: ¿En qué momento entra en vigencia una declaración de testamento vital?**

En Iowa una declaración de testamento vital es válida tan pronto se firma en forma adecuada. Una declaración de testamento vital de Iowa no entrará vigencia hasta que se produzca lo siguiente:

- 1) su proveedor de servicios de salud tenga una copia;
- 2) su médico llegue a la conclusión de que ya no puede tomar sus propias decisiones sobre atención de salud;
- 3) su médico determine que padece una enfermedad terminal o que se encuentra en un estado de inconsciencia permanente del cual, con un grado razonable de certeza médica, no puede haber recuperación, y el uso de procedimientos de mantenimiento de la vida sólo extenderá su agonía;
- 4) su médico avise a un familiar cercano razonablemente disponible o a su tutor de su intención de usar la declaración de testamento vital.

#### **Pregunta 15: ¿Una declaración de testamento vital es lo mismo que un testamento o fideicomiso activo?**

No, no son lo mismo. Una declaración de testamento vital aborda sólo asuntos *médicos* específicos mientras usted todavía vive. No necesita un abogado para redactar la declaración de testamento vital de Iowa, a menos que desee que un abogado lo haga.

Por el contrario, un testamento y un fideicomiso activo son documentos *financieros* que le permiten planificar la distribución de sus activos y propiedades financieras después de su muerte.

#### **Pregunta 16: ¿Una declaración de testamento vital es lo mismo que una orden de “No intentar reanimación” (DNR)?**

No, no son lo mismo. Una declaración de testamento vital de Iowa cubre casi todos los tipos de procedimientos de mantenimiento de la vida. Una orden de No intentar reanimación (DNR, por sus siglas en inglés) cubre dos tipos de situaciones de *riesgo vital*: (1) paro cardíaco (el corazón deja de latir) o (2) paro respiratorio (usted deja de respirar).

Una orden de No intentar reanimación es un documento que su médico prepara de acuerdo con sus instrucciones y se coloca en su historia clínica; sus proveedores de servicios de salud no intentarán reanimarlo por ningún medio.

#### **Pregunta 17: ¿Qué es un procedimiento de mantenimiento de la vida?**

Un “procedimiento de mantenimiento de la vida” se define por ley como cualquier procedimiento, tratamiento o intervención médica (incluye la reanimación) que, cuando se administra a un paciente calificado, servirá sólo para prolongar la agonía o para mantener al paciente en un estado de inconsciencia permanente, y usa medios mecánicos o artificiales para mantener, recuperar o reemplazar una función vital.

**Pregunta 18: ¿Qué es una enfermedad terminal?**

Una “enfermedad terminal” se define como una enfermedad incurable o irreversible para la cual la administración de procedimientos de mantenimiento de la vida, en opinión del médico tratante, provocará la muerte en un período de tiempo relativamente breve, o un estado de inconsciencia permanente del cual, con un grado razonable de certeza médica, no puede haber recuperación.

**Pregunta 19: ¿Se aplica la declaración de testamento vital de Iowa a una mujer que esté embarazada?**

Una declaración de testamento vital de Iowa no puede entrar en vigencia si una mujer está embarazada y es probable que el niño se desarrolle hasta el momento de nacer con la aplicación continua de tratamiento de mantenimiento de la vida.

**Pregunta 20: Si redacto una declaración de testamento vital ¿recibiré analgésicos?**

A menos que establezca lo contrario en la declaración de testamento vital, los medicamentos para el control del dolor y de otros síntomas se administrarán para brindarle comodidad, y no se interrumpirán.

**Pregunta 21: ¿Mi médico puede ser demandado o enjuiciado por llevar a cabo las disposiciones de una declaración de testamento vital de Iowa?**

No, las leyes de Iowa establecen que un médico o cualquier otro proveedor de servicios de salud no puede estar sujeto a responsabilidades civiles ni penales o a medidas disciplinarias por conducta poco profesional al llevar a cabo las disposiciones de una declaración de testamento vital de Iowa válida.

**Pregunta 22: ¿Una declaración de testamento vital afecta al seguro de vida?**

No, no lo afecta. La redacción de una declaración de testamento vital, en conformidad con las leyes de Iowa, no afectará la venta ni la emisión de ninguna póliza de seguro de vida, ni tampoco invalidará ni cambiará los términos de ninguna póliza de seguro de vida. Además, el retiro de los procedimientos de mantenimiento de la vida no afectará ni invalidará, en ningún caso, una póliza de seguro de vida, incluso si existe un término que indique lo contrario.

## IV: PODER NOTARIAL DURADERO PARA ATENCIÓN DE SALUD

### **Pregunta 23: ¿Qué es un poder notarial duradero para atención de salud (DPAHC)?**

El poder notarial duradero para atención de salud incluido en este folleto es un documento legal que le permite a usted (el “poderdante”) designar a otra persona (el “apoderado”) para que tome decisiones médicas por usted en el caso de que quedara inhabilitado temporal o permanentemente para tomar dichas decisiones. **No es necesario que la persona que escoja como su apoderado sea un abogado.** *El formulario de poder notarial duradero para atención de salud de este folleto es sólo para fines de atención de salud; no otorga poder para tomar decisiones financieras ni generales.*

### **Pregunta 24: ¿En qué se diferencia un poder notarial duradero para atención de salud (DPAHC) de una declaración de testamento vital?**

Una declaración de testamento vital sólo se aplica si padece una enfermedad terminal o si se encuentra en un estado de inconsciencia permanente del cual, con un grado razonable de certeza médica, no puede haber recuperación. A menos que lo establezca en otras instrucciones específicas, la declaración sólo le informa a su médico lo que usted no desea.

El poder notarial duradero para atención de salud le permite designar a una persona (su apoderado) para que tome decisiones de atención de salud por usted si no usted puede hacerlo. Se aplica a todas las situaciones de atención de salud en las que no pueda tomar decisiones por sí mismo. También, le permite entregar instrucciones específicas a su apoderado sobre el tipo de atención que desea recibir.

El poder notarial duradero para atención de salud le permite a su apoderado responder ante cualquier situación médica que posiblemente usted no haya previsto y tomar decisiones cuando no lo pueda hacer por sí mismo.

Sin embargo, algunas personas no tienen a nadie que conozca sus valores y preferencias ni tampoco tienen a alguna persona en quien confíen para que tome las decisiones de atención de salud si ellos no pueden hacerlo. Es recomendable que estas personas consideren firmar una declaración de testamento vital (consulte el formulario adjunto).

### **Pregunta 25: ¿Necesito una declaración de testamento vital si firmo o he firmado un poder notarial duradero para atención de salud?**

No, no es necesario que tenga un testamento vital, si su poder notarial duradero para atención de salud incluye una declaración que establece sus deseos en relación con los procedimientos de mantenimiento de la vida en caso de que padezca una enfermedad terminal o se encuentre en un estado de inconsciencia permanente. Una declaración de testamento vital no limitará, de ningún modo, la autoridad del apoderado, a menos que la declaración o el poder notarial duradero para atención de salud lo establezcan expresamente.

El poder notarial duradero para atención de salud que se entrega en este folleto también se puede usar para realizar la declaración de testamento vital. Muchas personas firman la declaración de testamento vital o el poder notarial duradero para atención de salud que se incluye en este folleto. Por ejemplo, si **sólo** desea tener una instrucción anticipada sobre los procedimientos de mantenimiento de la vida en caso de que padezca una enfermedad terminal o se encuentre en un estado de inconsciencia permanente, puede firmar solamente la declaración de testamento vital de Iowa que se encuentra adjunta. En cambio, si **sólo** desea establecer un poder notarial duradero para atención de salud y/o realizar otras instrucciones anticipadas de atención de salud, puede firmar el poder notarial duradero para atención de salud de Iowa que se encuentra adjunto.

**Pregunta 26: ¿En qué momento entra en vigencia el poder notarial duradero para atención de salud (DPAHC)?**

El formulario de poder notarial duradero para atención de salud que se incluye en este folleto sólo entrará en vigencia cuando quede inhabilitado temporal o permanentemente para tomar sus propias decisiones de atención de salud y su apoderado acceda a comenzar a tomar dichas decisiones. Su apoderado sólo comenzará a tomar decisiones después de que su médico (y generalmente un segundo médico) haya decidido que usted ya no puede hacerlo por sí mismo. Recuerde que mientras pueda tomar las decisiones respecto a su tratamiento, tiene derecho a hacerlo.

**Pregunta 27: ¿Qué decisiones puede tomar mi apoderado (nombrado en el poder notarial duradero para atención de salud)?**

A menos que limite su autoridad en el poder notarial duradero para atención de salud, su apoderado podrá tomar casi todas las decisiones de tratamiento, en conformidad con las prácticas médicas aceptadas, que usted podría tomar, si estuviera en condiciones de hacerlo.

Su apoderado tiene el deber de actuar de la manera más conveniente para usted en el desempeño de sus deberes. Estas decisiones pueden incluir la autorización, el rechazo o el retiro de tratamiento, incluso si ello conlleva su muerte (siempre que estas decisiones respecto a la vida/muerte se especifiquen en el poder notarial duradero para atención de salud).

**Pregunta 28: ¿Quién puede actuar como mi apoderado?**

La mayoría de las personas escoge a apoderados que conozcan sus deseos, valores y creencias, tanto espirituales como religiosas; alguien sepa lo que piensa respecto a su atención de salud y en quien confíen. Debe conversar sobre estos asuntos con la persona que haya escogido como su apoderado y asegurarse de que comprende y acepta la responsabilidad de comunicar sus deseos si usted no puede hacerlo.

Las siguientes personas no pueden ser designadas como apoderados:

- 1) Un proveedor de servicios de salud que lo esté atendiendo a la fecha de la firma del poder notarial duradero para atención de salud.
- 2) Un empleado de su proveedor de servicios de salud que lo esté atendiendo a la fecha de la firma del poder notarial duradero para atención de salud, a menos que éste tenga algún parentesco consanguíneo, marital o de adopción con usted hasta el tercer grado de consanguinidad. El tercer grado de consanguinidad incluye a los hijos, nietos, bisnietos, padres, hermanos, sobrinos, abuelos, tíos y bisabuelos, como mínimo.

**Pregunta 29: ¿Puedo designar a más de una persona como mi apoderado?**

Aunque no se exige, puede designar a un apoderado suplente que también puede actuar por usted en caso de que el apoderado principal no esté disponible, no pueda o no esté dispuesto a llevar a cabo sus funciones. Su apoderado suplente tiene las mismas facultades para tomar decisiones que su apoderado.

**Pregunta 30: ¿Mi apoderado puede ser responsable por las decisiones que tome en mi nombre?**

No. Ni su apoderado ni su apoderado suplente tendrán responsabilidad alguna por las decisiones respecto al tratamiento que tomen de buena fe en su nombre. Además, la persona nombrada en su poder notarial duradero para atención de salud tampoco será responsable de los gastos en que se incurra por su atención, por el sólo hecho de que sea su apoderado.

**Pregunta 31: ¿Mi apoderado puede renunciar?**

Sí, su apoderado y suplentes pueden renunciar en cualquier momento informándole de esto a usted. Si no puede recibir este aviso, su apoderado y/o apoderado suplente pueden avisar a su médico, al hospital o a la casa de reposo en donde recibe atención.

**Pregunta 32: ¿Qué sucede si designé a mi cónyuge como apoderado y posteriormente nos divorciamos?**

Si su cónyuge es designado como apoderado y se disuelve su matrimonio, se revoca la facultad para actuar como apoderado. Si se vuelve a casar la facultad se restituye, a menos que usted, el poderdante, la revoque.

**Pregunta 33: ¿Cómo sabrá mi proveedor de servicios de salud que tengo un poder notarial duradero para atención de salud?**

Es su responsabilidad informarle a un proveedor de servicios de salud de los términos de su (el poderdante) poder notarial duradero para atención de salud. Si tiene previsto hospitalizarse, lleve una copia de sus instrucciones anticipadas para colocarla en su historia clínica. Además, mantenga una tarjeta pequeña en su bolsa o billetera que indique que tiene instrucciones anticipadas y a quién se debe contactar en caso de emergencia. Para ese propósito se proporcionan tarjetas de bolsillo al reverso de este folleto.



**EL SIGUIENTE FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE TESTAMENTO  
VITAL SE PUEDE USAR COMO UN DOCUMENTO VÁLIDO  
LEGALMENTE. SIN EMBARGO, DEBE CONSULTAR CON SU  
ABOGADO PARA OBTENER ASESORÍA LEGAL SOBRE ESTE  
FORMULARIO.**



## **DECLARACIÓN DE TESTAMENTO VITAL DE IOWA**

Yo, \_\_\_\_\_, comprendo que este documento es un testamento vital (es decir, una “declaración”) que le informa a mi médico o a otros proveedores de servicios de salud si deseo o no que se me someta a tratamientos o procedimientos de mantenimiento de la vida si padeciera una enfermedad terminal o me encontrara en un estado de inconsciencia permanente del cual, con un grado razonable de certeza médica, no puede haber recuperación.

### **1. DECLARACIÓN**

Si padeciera una enfermedad irreversible o incurable (es decir, una enfermedad terminal) que tendrá como consecuencia la muerte en un período de tiempo relativamente breve o un estado de inconsciencia permanente del cual, con un grado razonable de certeza, no puede haber recuperación, es mi deseo que mi vida no se prolongue mediante tratamientos o procedimientos de mantenimiento de la vida. Si no puedo participar en las decisiones de mi atención de salud, le ordeno a mi médico tratante que me niegue o retire los procedimientos de mantenimiento de la vida que simplemente prolongan la agonía y que no son necesarios para darme comodidad o para aliviar mi dolor.

### **2. PARA LEGALIZAR ESTE DOCUMENTO**

HE LEÍDO ESTA DECLARACIÓN Y COMPRENDO QUE LE PERMITE A UN TERCERO TOMAR DECISIONES POR MÍ CON RESPECTO A LA VIDA Y LA MUERTE EN CASO DE QUE PADEZCA UNA ENFERMEDAD TERMINAL O ME ENCUENTRE EN UN ESTADO DE INCONSCIENCIA PERMANENTE DEL CUAL, CON UN GRADO RAZONABLE DE CERTEZA MÉDICA, NO PUEDA HABER RECUPERACIÓN. TAMBIÉN COMPRENDO QUE PUEDO REVOCAR ESTA DECLARACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO, AVISÁNDOLE A MI MÉDICO TRATANTE.

---

**[SU FIRMA COMO LA PERSONA  
QUE DESEA HACER ESTA DECLARACIÓN]**

---

**[NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA]**

---

**[Fecha]**

**ESCOJA ENTRE LA OPCIÓN 1 (requiere la firma ante notario) Y LA OPCIÓN 2 (requiere 2 testigos de 18 años o más):**

**OPCIÓN 1: Certificación ante un notario en el estado de Iowa. Los testigos no son necesarios si se selecciona esta opción.**

ESTADO DE IOWA )  
 ) ss.  
CONDADO DE \_\_\_\_\_)

El \_\_\_\_\_ de 20\_\_, se presentó en persona ante mí \_\_\_\_\_, a quien conozco personalmente y es la misma persona cuyo nombre figura firmado en la declaración anterior, y declaro que \_\_\_\_\_ [ÉL/ELLA] parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y bajo ninguna coacción ni influencia indebida, y que \_\_\_\_\_ [ÉL/ELLA] reconoce la firma del mismo por voluntad propia.

En fe de lo cual estampo mi firma y sello notarial en \_\_\_\_\_ [LUGAR EN DONDE SE FIRMA ANTE NOTARIO] en dicho condado, el día y año que se indicó anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Notario público

**OPCIÓN 2: Requiere dos testigos; la firma ante notario no es necesaria para esta opción.**

AVISO: Conforme a las disposiciones del Código de Iowa § 144A.3, las siguientes personas no califican como testigos para esta declaración: Un proveedor de servicios de salud que lo esté atendiendo y cualquiera de sus empleados.

**DECLARACIÓN DEL TESTIGO**

Declaramos que conocemos personalmente a la persona que realiza esta declaración, que dicha persona firmó o reconoció su firma en esta declaración en nuestra presencia, y que esta persona parece estar en pleno uso de sus capacidades mentales y bajo ninguna coacción ni influencia indebida.

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

**(AL MENOS UNO DE LOS DOS TESTIGOS DEBE FIRMAR TAMBIÉN LA SIGUIENTE DECLARACIÓN).**

Además, declaro so pena de perjurio que conforme a las leyes del estado de Iowa no tengo parentesco consanguíneo, marital o de adopción con el declarante hasta el tercer grado de consanguinidad.

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

## PODER NOTARIAL DURADERO PARA ATENCIÓN DE SALUD EN IOWA

Comprendo que este documento legal me permite como poderdante (si tengo 18 años o más) nombrar a un apoderado de atención de salud y/o para dar instrucciones con respecto a la atención de salud. Un apoderado de atención de salud es la persona que deseo que tome las decisiones de atención de salud por mí, en caso de no poder decidir o hablar por mí mismo. Comprendo que no es obligatorio que nombre a un apoderado de atención de salud ni a uno suplente y sé que puedo cambiar a dicho apoderado en cualquier momento. Además, comprendo que las instrucciones de atención de salud son para cuando no pueda decidir o hablar por mí mismo. Estas instrucciones se deben seguir siempre que satisfagan mis necesidades.

AVISO: Conforme a las disposiciones del Código de Iowa § 144B.4, las siguientes personas no califican como apoderado de atención de salud: Un proveedor de servicios de salud o cualquiera de sus empleados que lo esté atendiendo, a menos que tengan un parentesco con usted hasta el tercer grado de consanguinidad.

### DESIGNACIÓN DE APODERADO

Yo, \_\_\_\_\_, por medio del presente documento, designo a \_\_\_\_\_ como mi apoderado de atención de salud (mi representante), cuya dirección es \_\_\_\_\_ y cuyo número telefónico es \_\_\_\_\_. Yo designo a \_\_\_\_\_, cuya dirección es \_\_\_\_\_, y cuyo número telefónico es \_\_\_\_\_, como mi apoderado sucesor (mi representante). Le doy a mi representante el poder de tomar decisiones de atención de salud por mí. Este poder existe sólo cuando, a juicio de mi médico tratante, no pueda tomar dichas decisiones. El apoderado debe actuar de manera consecuente con mis deseos de acuerdo a lo que se establece en este documento o según lo que se haya indicado de otra manera.

Salvo que se exprese lo contrario en el presente documento, éste le entrega a mi representante el poder, conforme a las leyes estatales, de aceptar que mi médico no preste la atención de salud necesaria para mantenerme con vida o que la suspenda.

Este documento le entrega a mi representante el poder de tomar decisiones de atención de salud en mi nombre, incluyendo el poder de dar, negar o retirar el consentimiento para la prestación de cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o tratar una enfermedad física o mental. Este poder está sujeto a cualquier declaración de mis deseos y a cualquier limitación incluida en este documento.

Mi representante tiene derecho a ver mi historia clínica y a autorizar la divulgación de dichos registros.

Ordeno que mi apoderado cumpla las siguientes instrucciones con respecto al tratamiento de mantenimiento de la vida: (Opcional)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ordeno que mi apoderado cumpla las siguientes instrucciones con respecto a la nutrición e hidratación que se administra de manera artificial: (Opcional)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**OPCIÓN 2: Requiere dos testigos; la firma ante notario no es necesaria para esta opción.**

AVISO: Conforme a las disposiciones del Código de Iowa 144B.3, las siguientes personas no califican como testigos para un poder notarial duradero para atención de salud: Un proveedor de servicios de salud que lo esté atendiendo, y cualquiera de sus empleados, o la persona designada como apoderado de atención de salud.

**DECLARACIÓN DEL TESTIGO**

Declaramos que conocemos personalmente al poderdante, que éste firmó o reconoció su firma en este poder notarial duradero para atención de salud en nuestra presencia, que el poderdante parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y bajo ninguna coacción ni influencia indebida, y que ninguno de nosotros ni tampoco el proveedor de servicios de salud que trata al poderdante es la persona designada como apoderado de atención de salud por este documento.

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

**(AL MENOS UNO DE LOS DOS TESTIGOS DEBE FIRMAR TAMBIÉN LA SIGUIENTE DECLARACIÓN).**

Además, declaro so pena de perjurio que conforme a las leyes del estado de Iowa no tengo parentesco consanguíneo, marital o de adopción con el poderdante hasta el tercer grado de consaguinidad.

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
TESTIGO



## TARJETAS DE BOLSILLO

Corte y llene las tarjetas que se encuentran a continuación. Guarde una tarjeta en la billetera o bolsa que usa con mayor frecuencia, junto con su licencia de conducir o tarjeta de seguro de salud. Se recomienda que mantenga la otra tarjeta en su refrigerador, en la guantera de su vehículo, en otra billetera o bolsa, o en otro lugar fácil de encontrar.

<b>ATTN: PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD DE IOWA</b>	
Tengo las siguientes instrucciones anticipadas: (marque una o más, según corresponda)	
<input type="checkbox"/>	Declaración de Iowa
<input type="checkbox"/>	Poder notarial duradero para atención de salud
<input type="checkbox"/>	Otro _____
Comuníquese con _____	
	(Nombre)
_____	
	(Dirección)
_____ para obtener más información.	
	(Teléfono)
_____	_____
(Fecha)	(Firma)

<b>ATTN: PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD DE IOWA</b>	
Tengo las siguientes instrucciones anticipadas: (marque una o más, según corresponda)	
<input type="checkbox"/>	Declaración de Iowa
<input type="checkbox"/>	Poder notarial duradero para atención de salud
<input type="checkbox"/>	Otro _____
Comuníquese con _____	
	(Nombre)
_____	
	(Dirección)
_____ para obtener más información.	
	(Teléfono)
_____	_____
(Fecha)	(Firma)



## **Alegent Health**

**1-800-ALEAGENT**

**1-800-253-4368**

**Alegent.com**

Bergan Mercy • Immanuel • Lakeside  
Mercy/Council Bluffs • Midlands/Papillion  
Community Memorial/Missouri Valley  
Memorial/Schuyler • Mercy/Corning  
Alegent Health Clinic/44 Locations

Alegent Health is a faith-based health ministry sponsored by Catholic Health Initiatives and Immanuel Health Systems.

200613 1006