

PLANIFICACIÓN DE LA **ATENCIÓN EN VIDA**

Directivas por Adelantado
para la Toma de Decisiones Sobre el Cuidado de Su Salud

Proporcionada por
La Oficina del Procurador General de Arizona,
Kris Mayes



Envíe las formas por correo postal a:

**AZ Healthcare Directives Registry
2901 N. Central Ave., Ste 1100
Phoenix, AZ 85012**

O

Email: documents@azhdr.org

O

Fax: 602-264-8823

¿QUÉ ES LA PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN VIDA Y POR QUÉ ES TAN IMPORTANTE?

La Planificación de la Atención en Vida es el proceso de la toma de decisiones con respecto a sus deseos médicos y quién desea usted que las haga cumplir en el caso de que usted no pueda hacerlo. Los documentos en este paquete son para que usted exprese sus deseos, sean lo que sean, a fin de que usted reciba el tratamiento que desea si ya no se puede comunicar. Ojalá y el tener sus deseos declarados claramente ayude a evitar en aquellas personas cercanas a usted el dolor de tratar de adivinar lo que usted desearía o no que se le haga.

La Planificación de la Atención en Vida es una tarea importante para todos nosotros, tanto para los jóvenes como las personas mayores, ya sea que estemos saludables o enfrentándonos a desafíos. Ninguno de nosotros sabemos lo que nos espera en el futuro, así que tomar medidas para informarles nuestros deseos a nuestros seres queridos puede hacer toda la diferencia en el cuidado al final de nuestras vidas. A través de mayor concienciación y acceso a información, los arizonenses de todas las edades pueden dar a conocer sus decisiones sobre quién administrará sus asuntos médicos en el caso de una emergencia.

¿POR QUÉ OFRECE ESTAS FORMAS EL PROCURADOR GENERAL DE ARIZONA?

La Oficina del Procurador General de Arizona quiere asegurarse de que todos los arizonenses tengan acceso a estos documentos legales gratuitos, todos los cuales concuerdan con la Ley de Arizona. La Oficina del Procurador General es sólo uno de varios lugares donde se pueden obtener formas e información sobre la Planificación de la Atención en Vida. La Oficina del Procurador General no está recomendando una opción en particular, pero sí le insta para que piense en estas opciones, que hable sobre ellas con sus seres queridos, y que llene los documentos apropiados para su situación.

La función principal de la Oficina del Procurador General es la de proveer representación legal al Estado de Arizona, a sus agencias, y a los funcionarios estatales actuando en sus capacidades oficiales. La Oficina no puede proveer asesoría o representación legal a ciudadanos privados en cuestiones legales personales. Si usted necesita ayuda con una cuestión legal personal—tal como presentando una demanda, creando un testamento, o defendiéndose de un cargo criminal—quizás usted deseará ponerse en contacto con un abogado privado.

HABLANDO CON OTROS SOBRE SUS DESEOS

Usted debería considerar a aquellas personas con las que puede comenzar a conversar sobre la Planificación de la Atención en Vida. Su atención médica se trata de usted – comience a hablar con aquellos que puedan ayudarle a considerar qué tratamientos médicos puede usted desear o no si se incapacita, o cuando se vaya acercando al final de su vida.

- **Su Agente del Cuidado de la Salud (la persona que usted seleccione para que tome decisiones del cuidado de su salud por usted)**
- **Su Cónyuge, Hijos/as, Otros Parientes, y Amigos/as Cercanos/as**
- **Su Doctor, Clérigo y Otros**

DOCUMENTOS INCLUIDOS EN ESTE PAQUETE

- **Lista de Verificación de la Planificación de la Atención en Vida**
 - Este documento lista todas las formas en el paquete para que usted pueda ponerle una marca a aquellas que ya haya completado. Si desea registrar sus documentos en el Registro de Directivas para el Cuidado de la Salud de Arizona, la lista de verificación le informará qué formas son aceptadas.
- **Carta Poder para el Cuidado de la Salud**
 - Esta forma le permite a usted seleccionar a una persona para que tome decisiones médicas por usted en el futuro, en el caso de que usted se llegue a enfermar tanto que no pueda comunicarse o si no puede tomar esas decisiones por sí mismo/a.
- **Testamento en Vida**
 - Esta forma le permite a usted listar el tipo de tratamientos médicos que quiere o no quiere recibir durante el cuidado al final de su vida. Esta forma debe ir acompañada por su Carta Poder para el Cuidado de la Salud para que su agente conozca sus deseos.
- **Carta Poder para el Cuidado de la Salud Mental**
 - Esta forma le permite a usted seleccionar a una persona para que tome decisiones futuras sobre el cuidado de su salud mental en el caso de que usted ya no pueda tomar esas decisiones por sí mismo/a.
- **Directivas de Atención Médica Pre-Hospitalización (No Resucitar)**
 - Esta forma debe estar impresa en papel anaranjado y debe estar firmada por usted y por su doctor. Les informa a los técnicos médicos de emergencia (EMT por sus siglas en inglés) o a los primeros respondientes que no le resuciten. A veces, a esto se le llama un DNR (siglas en inglés de Do Not Resucitate o No Resucitar). Por favor tenga en cuenta que esto es válido antes de acudir a un hospital, si se le admite en un hospital, es posible que requieran que usted llene otra forma para el hospital.
- **Acuerdo de Registro**
 - Si usted desea registrar sus documentos en el Registro de Directivas para el Cuidado de la Salud de Arizona, DEBE llenar esta forma y enviarla con sus documentos.

¿QUÉ DICE LA LEY?

Si le interesan las leyes por escrito relacionadas con las formas en este paquete, usted las puede leer en www.azleg.gov/arstitle/

- **Carta Poder para el Cuidado de la Salud “Health Care Power of Attorney”**: Estatutos de Arizona Modificados §§ 36-3221 ss.
- **Directivas para el Cuidado de la Salud “Health Care Directives”**: Estatutos de Arizona Modificados §§ 36-3201 ss.
- **Agentes o Sustitutos para la Toma de Decisiones “Agents or Surrogate Decision-Makers”**: Estatutos de Arizona Modificados §§ 36-3231 ss.
- **Testamento en Vida “Living Will”**: Estatutos de Arizona Modificados §§ 36-3201 ss Y §§ 36-3261 ss.

- **Carta Poder para el Cuidado de la Salud Mental “Mental Health Care Power of Attorney”:** Estatutos de Arizona Modificados §§ 36-3201 ss Y §§ 36-3281 ss.
- **Directivas de Atención Médica Pre-Hospitalización (No Resucitar) “Prehospital Medical Care Directives (Do Not Resuscitate)”:** Estatutos de Arizona Modificados § 36-3251.

QUÉ DEBE HACER CON ESTOS DOCUMENTOS EN 4 PASOS

Paso 1: Llene todas las formas que sean aplicables a usted y exprese sus deseos para su cuidado al final de la vida.

Lea los documentos cuidadosamente para seleccionar las opciones que se ajusten mejor a sus deseos. Cada documento necesitará ser notariado O firmado ante testigo. NO haga que los documentos sean firmados por ambos, sólo elija a uno. Si usted no conoce a un notario o no puede pagar por uno, un testigo es aceptado legalmente.

El/la Testigo o el/la Notario/a Público/a NO puede ser cualquier persona que:

- (a) sea menor de 18 años de edad
- (b) esté emparentada con usted por medio de sangre, adopción, o matrimonio
- (c) tenga derecho a cualquier parte de su patrimonio
- (d) sea nombrada por usted como su agente
- (e) esté envuelta en proveerle a usted cuidado para la salud en el momento en el que esta forma sea firmada.

Paso 2: Conserve los documentos originales en un lugar seguro que sea fácilmente accesible.

Es importante revisar sus documentos de tiempo en tiempo. Dele copias a la persona que usted elija como su agente, así como a su doctor y a cualquier otra persona que pueda ser contactada con respecto a sus deseos, tales como miembros de su familia y amigos/as cercanos. Conserve unas cuantas copias extra y asegúrese de llevar una consigo si va al hospital o a otro proveedor de cuidado para la salud.

Paso 3: Registre sus documentos en el Registro de Directivas para el Cuidado de la Salud de Arizona (*Opcional*).

Envíe copias de los documentos así como de la forma de registro al registro. El domicilio está en la cubierta de este paquete y abajo.

AZ Healthcare Directives Registry
2901 N. Central Ave., Ste. 1100
Phoenix AZ 85012

O

Email: documents@azhdr.org O Fax: 602-264-8823

El propósito de registrar las formas de Planificación de la Atención en Vida es crear una ubicación centralizada donde sus parientes, primeros respondientes, hospital, u otra instalación para el cuidado de la salud puedan acceder las formas si éstas no están disponibles fácilmente.

Paso 4 – Si Es Necesario: Reemplazando Directivas Existentes.

Si a usted le gustaría hacer cambios a sus documentos existentes, necesitará completar cualquier forma que haya sido afectada por dicho cambio, por ejemplo, cambio de domicilio, de deseos, o de agente. Es importante que usted tenga una lista de las personas que tienen copias de sus documentos para que si es necesario, usted les pueda enviar una versión actualizada o una carta revocando las formas. El estado aceptará la versión más reciente de sus documentos.

Si usted ha registrado sus documentos con el Registro, necesitará llenar otra forma de registro e indicar que usted está reemplazando o revocando sus documentos existentes en el Registro.

PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN EN VIDA EN OTROS ESTADOS

- Si usted tiene una directiva por avanzado de otro estado, distrito, o territorio de los Estados Unidos, los Estatutos de Arizona Modificados §§ 36-3208 ss dicen que es *“válida en este estado si era válida en el lugar y en el momento en el que se adoptó y sólo al grado al que no entre en conflicto con las leyes penales de este estado.”*
- Si usted tiene una directiva por avanzado de Arizona, debe comunicarse con la Oficina del Procurador General del otro estado, para informarse si ellos aceptan documentos de Arizona.

PREGUNTAS FRECUENTES:

1. ¿Dónde puedo encontrar estas formas gratuitas?

- Puede obtener copias de este paquete de Planificación de la Atención en Vida y las formas individuales en el sitio web del Procurador General en <https://www.azag.gov/seniors/life-care-planning>, ó llame a la Sección de Alcance Comunitario y Educación al 602-542-2123.

2. ¿Si yo no lleno estas formas, quién tomará mis decisiones médicas a mi nombre?

- Si usted no deja una Carta Poder para el Cuidado de la Salud y no tiene a un custodio nombrado por la corte, los proveedores del cuidado de la salud contactarán a las siguientes personas, en este orden, quienes tendrán la autoridad de tomar decisiones para el cuidado de su salud por usted.
- A estas personas se les llama “sustitutos”.
 1. Su cónyuge, a menos que usted y su cónyuge estén separados legalmente.
 2. Su hijo/a adulto/a. Si tiene a más de un/a hijo/a, los proveedores del cuidado de la salud buscarán el consentimiento de la mayoría de los/las hijos/as que estén disponibles para consulta.
 3. Su padre o madre.
 4. Su compañero/a doméstico/a si ninguna otra persona ha asumido cualquier responsabilidad financiera por usted.
 5. Su hermano o su hermana.
 6. Su amigo/a cercano/a.

3. ¿Yo debería llenar una Forma para No Resucitar “DNR” (Do Not Resuscitate)?

- Si usted está saludable y fuerte, quizás no desee llenar una forma para DNR que es para que no le resuciten. Usted puede expresar sus deseos con respecto a cómo quiere que se hagan cargo de usted si se llegara a enfermar seriamente sin tener qué llenar una forma DNR. Las formas DNR son más apropiadas para aquellas personas que probablemente no estarían bien con la resucitación cardiopulmonar CPR (por sus siglas en inglés) debido a que están muy enfermas, mortalmente enfermas, o de otra forma, demasiado débiles. En cualquier caso, usted necesita hablar sobre la forma DNR con su doctor, quien también necesita firmar la forma.

4. ¿A qué edad debería yo de pensar en llenar estos documentos?

- Ahora. Siempre y cuando usted tenga por lo menos 18 años de edad. Nunca es demasiado temprano para estar preparado/a.

5. ¿Necesitaré a un abogado para llenar estas formas?

- No. Usted no necesita que un abogado le ayude a llenar estos documentos, pero quizás desee consultar a un abogado si necesita asesoría. Si usted necesita encontrar a un abogado, puede comunicarse con los siguientes servicios legales para pedir ayuda:

- **Barra de Abogados de Arizona: Arizona State Bar**

- (602) 252-4804 ó www.azbar.org

Para pedir ayuda para encontrar a un abogado dentro de su presupuesto, en su área, y con la pericia en el tipo de ayuda que necesita.

- **Línea de Ayuda las 24 Horas para Personas Mayores: 24-hour Senior HELP LINE**

- Dentro del Condado Maricopa – (602) 264-HELP / (602) 264-4357
- Fuera del Condado Maricopa – larga distancia gratuita – 1-888-264-2258.

Hay oficinas regionales de la organización Area Agency on Aging designadas para proveer servicio a cada condado de Arizona. Busque en su directorio telefónico local la oficina regional más cercana o visite www.des.az.gov y busque Area Agency on Aging para ver sus ubicaciones.

- **Línea Legal para Personas Mayores: Elder Law Hotline**

- 1-800-231-5441

Asesoría legal gratuita, información, y referencias provistas a los residentes de Arizona de 60 años de edad ó mayores, ó a los miembros de la familia llamando a nombre de una persona de mayor edad. Los abogados no proveen servicios con respecto a asuntos criminales, y no representan a los clientes en procesos ante la corte. Ellos proveen asesoría, información, y referencias en una amplia variedad de asuntos legales importantes para las personas de mayor edad. Financiado por la Suprema Corte de Arizona y operada por la organización Southern Arizona Legal Aid, Inc.

AVISO TAMAÑO BILLETERA:

Llene y recorte el aviso en inglés a continuación. Manténgalo en su cartera con su licencia de manejo y tarjetas de seguro, para que el personal de cumplimiento de la ley y médico sepan a quién contactar para las copias de sus directivas por avanzado.

TRADUCCIÓN A ESPAÑOL:

**NOTICE IN CASE OF ACCIDENT OR
EMERGENCY:**

My Name:

Date:

I have signed the following forms: (check)

- Health Care Power of Attorney
- Living Will
- Mental Health Care Power of Attorney
- Prehospital Medical Directive (Do Not Resuscitate)

Please contact the following for copies:

Name:

Telephone:

**AVISO EN CASO DE ACCIDENTE
O EMERGENCIA:**

Mi Nombre:

Fecha:

Yo he firmado las siguientes
formas: (marque)

- Carta Poder para el Cuidado de la Salud
- Testamento en Vida
- Carta Poder para el Cuidado de la Salud Mental
- Directiva Médica Pre-Hospitalización (No Resucitar)

Por favor comuníquese con la
siguiente persona para las copias:

Nombre:

Teléfono: