

Voluntades anticipadas para Carolina del Norte

An Advance Directive for North Carolina

Un formulario práctico para todos los adultos

AVISO: *UNC Health Care respeta el derecho de los pacientes de comunicar sus deseos acerca del cuidado de su salud mediante las voluntades anticipadas –incluyendo este formulario– cuando se completan de la manera correcta y cumplen con los estándares de la ley de Carolina del Norte. Aunque no es obligatorio, puede que desee consultar con un abogado antes de firmar cualquier documento que afecte sus derechos legales.*

Introducción

Este formulario le permite expresar sus deseos para su futura atención médica y guiar las decisiones sobre dicha atención. No se refiere a las decisiones financieras. Aunque no es un requisito legal que usted tenga voluntades anticipadas, quizás completando este formulario le ayude a que usted reciba la atención médica que desea.

Si usted tiene 18 de edad o más y es capaz de tomar y comunicar sus decisiones sobre la atención médica, usted puede utilizar este formulario.

Este formulario tiene tres partes. Puede completar solo la Parte A o solo la Parte B o ambas Partes A y B. Para que estas voluntades anticipadas sean legalmente efectivas, usted debe completar la Parte C de este formulario. Por favor mantenga juntas las cinco páginas e incluya las cinco páginas del formulario en cualquier copia que usted comparta con sus seres queridos o sus proveedores de cuidados de la salud. Este formulario cumple con la ley de Carolina del Norte (en NCGS § de 32A-15 a 32A-27 y § de 90-320 a 90-322).

Parte A: Poder notarial para la atención médica

- 1. ¿Qué es un poder notarial para la atención médica?** Un poder notarial para la atención médica es un documento legal en el que usted nombra a otra persona, llamada «agente de cuidados de la salud» para tomar decisiones por usted sobre cuidados de la salud cuando usted no esté en capacidad de tomar esas decisiones por sí mismo.
- 2. ¿Quién puede ser el agente de cuidados de la salud?** Cualquier persona competente que tenga al menos 18 años de edad y que no es su proveedor de cuidado médico a quien usted le paga por sus servicios.
- 3. ¿Cómo debe elegir a su agente de cuidados de la salud?** Usted debe elegir a su agente de cuidados de la salud con mucho cuidado, porque esta persona tendrá amplia autoridad para tomar decisiones acerca de su atención médica. Un buen agente de cuidados de la salud es alguien que le conoce bien, que está disponible para representarle cuando sea necesario, y que está dispuesto a cumplir sus deseos. Es muy importante que hable con su agente de cuidados de la salud acerca de las metas y deseos de su futura atención médica, así esta persona sabrá qué tipo de atención usted desea.
- 4. ¿Qué decisiones puede tomar el agente de cuidados de la salud?** A menos que usted limite el poder de su agente de cuidados de la salud en la Sección 2 de la Parte A de este formulario, su agente de cuidados de la salud puede tomar por usted todas las decisiones sobre su cuidado médico, tales como:
 - iniciar o interrumpir las medidas para prolongar la vida

- decisiones acerca del tratamiento de la salud mental
 - elegir sus médicos e instalaciones
 - revisar y compartir su información médica
 - autopsia y disposición del cadáver después de la muerte
5. **¿Puede el agente de cuidados de la salud donar sus órganos y tejidos después de su muerte?** Sí, si usted decide dar a su agente de cuidados de la salud este poder en el formulario. Para ello, debe poner sus iniciales en la declaración de la Sección 3 de la Parte A.
 6. **¿Cuándo entrará en vigor este poder notarial para la atención médica?** Este documento entrará en vigor si su médico determina que usted perdió la capacidad para tomar sus propias decisiones para su atención médica.
 7. **¿Cómo puede revocar este poder notarial para la atención médica?** Si usted es competente, usted puede revocar este poder notarial para la atención médica de cualquier manera en la que ponga en claro su deseo de revocarlo. Por ejemplo, puede destruir este documento, puede escribir «anulado» a través de toda la hoja en este documento, puede decirle a su médico que revoca este documento o puede rellenar un nuevo poder notarial para la atención médica.
 8. **¿Quién toma las decisiones por mí sobre la atención médica si no designo a un agente de cuidados de la salud y no puedo tomar mis propias decisiones?** Si usted no tiene un agente de cuidados de la salud, la ley de Carolina del Norte requiere que los proveedores de cuidados de la salud contacten con las siguientes personas, en el siguiente orden: tutor legal; apoderado en virtud del poder notarial si en dicho poder notarial incluye el derecho a que se tomen decisiones sobre la atención médica; esposo o esposa; la mayoría de los padres y de los hijos adultos; la mayoría de sus hermanos y hermanas adultos; o una persona con la que usted tenga establecida una relación, que está actuando de buena fe y que pueda transmitir sus deseos. Si no hay nadie, la ley permite al médico que tome decisiones por usted, siempre y cuando otro médico esté de acuerdo con esas decisiones.

Parte B: Testamento vital

1. **¿Qué es un Testamento vital?** En Carolina del Norte, un testamento vital le permite declarar su deseo de no recibir medidas para prolongar la vida en alguna o en todas las situaciones siguientes:
 - Usted tiene una enfermedad incurable que dará lugar a su muerte en un corto período de tiempo.
 - Usted está inconsciente y sus médicos están seguros de que nunca recuperará el conocimiento.
 - Usted sufre demencia avanzada o cualquier otra pérdida sustancial e irreversible de la función mental.
2. **¿Qué son las medidas para prolongar la vida?** Las medidas para prolongar la vida son tratamientos médicos que solamente sirven para posponer la muerte, como máquinas para asistir la respiración, diálisis de los riñones, antibióticos, alimentación por sonda (nutrición e hidratación artificial), y maneras de tratamiento similares.
3. **¿Se pueden denegar o suspender las medidas para prolongar la vida sin un testamento vital?** Sí, en ciertas circunstancias. Si usted puede expresar sus deseos, usted puede rechazar las medidas para prolongar la vida. Si usted no puede expresar sus deseos, entonces se debe obtener permiso de aquellas personas que están tomando las decisiones en su nombre.

4. **¿Qué ocurre si usted quiere recibir la alimentación por sonda (nutrición e hidratación artificial)?**
Usted puede expresar su deseo de recibir alimentación por sonda en todas las circunstancias. Para ello, debe escribir las iniciales en la declaración de la Sección 2 de la Parte B.
5. **¿Cómo puede revocar su testamento vital?** Usted puede revocar este testamento vital al declarar claramente o escribiendo de una manera clara que usted desea hacerlo. Por ejemplo, puede destruir este documento, puede escribir «anulado» ocupando toda la hoja en este documento, puede decirle a su médico que revoca este documento o puede rellenar un nuevo testamento vital.

Parte C: Completar este documento

Para que estas voluntades anticipadas sean legalmente efectivas, debe rellenar las tres secciones de la Parte C del documento.

1. Espere a que dos testigos y un notario público estén presentes, después firme y feche el documento.
2. Los dos testigos deben firmar y fechar el documento en la Sección 2 de la Parte C. Estos testigos no pueden:
 - ser parientes de sangre ni por matrimonio,
 - su heredero o una persona designada para recibir una parte de su patrimonio en su testamento,
 - alguien que tiene una demanda contra usted o su patrimonio, o
 - su médico, cualquier otro proveedor de cuidados de la salud, o empleado del hospital en el que usted es un paciente, o cualquier empleado en la residencia de ancianos y convalecientes o residencia de cuidados para adultos donde usted vive.
3. El notario público debe atestiguar estas firmas y notarizar el documento en la Sección 3 de la Parte C.

Parte A: Poder notarial para la atención médica (elegir un agente del cuidado de la salud)

Si usted no desea designar un agente de cuidados de la salud, tache esta parte y escriba sus iniciales aquí _____

Mi nombre es: _____

(En letra de imprenta por favor)

Mi fecha de nacimiento es: _____ / _____ / _____

1. La persona que elijo como mi agente de cuidados de la salud es:

_____	_____	_____	
Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	
_____	_____	_____	_____
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
_____	_____	_____	_____
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	Dirección de correo electrónico

Si esta persona es incapaz o no quiere ser mi agente de cuidados de la salud, mi siguiente elección es:

_____	_____	_____	
Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	
_____	_____	_____	_____
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
_____	_____	_____	_____
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	Dirección de correo electrónico

2. Instrucciones especiales:

AVISO: En esta sección, usted puede incluir **cualquier instrucción especial** que quiera que siga su agente de cuidados de la salud, o **cualquier limitación** que quiera poner a las decisiones que su agente de cuidados de la salud pueda tomar, incluyendo las decisiones sobre la alimentación por sonda, otros tratamientos para alargar la vida, tratamientos de salud mental, autopsia, disposición de su cadáver después de la muerte y donación de órganos.

Si usted no tiene ninguna instrucción especial para su agente de cuidados de la salud, o ninguna limitación que quiera poner a la autoridad de su agente, por favor tache esta sección.

3. Donación de órganos:

____ (iniciales) Mi agente de cuidados de la salud puede donar mis órganos, tejidos o partes de los órganos después de mi muerte.

(Por favor, tenga en cuenta que, si no pone sus iniciales arriba, su agente de cuidados de la salud no podrá donar sus órganos o partes de los órganos).

Parte B: Testamento vital

Si usted no desea hacer un testamento vital, tache esta parte completa y escriba sus iniciales aquí ____ .

Mi nombre es: _____

(En letra de imprenta por favor)

Mi fecha de nacimiento es: ____/____/____

1. Si soy incapaz de tomar decisiones sobre mis cuidados de la salud o no puedo comunicar dichas decisiones, yo deseo que mi vida no se prolongue con ninguna medida para prolongar la vida en las siguientes situaciones (usted puede escribir sus iniciales en algunas o todas estas opciones):

____ (iniciales) Yo tengo una enfermedad incurable que dará lugar a mi muerte en un corto período de tiempo.

____ (iniciales) Yo estoy inconsciente y mis médicos determinan con un alto nivel de certeza médica, que yo nunca recuperaré la conciencia.

____ (iniciales) Yo sufro de demencia avanzada o cualquier otra afección que pudiera derivar en la pérdida sustancial de mi capacidad de pensar, y mis médicos determinan, con un alto nivel de certeza médica, que esto no va a mejorar.

2. ____ (iniciales) Aunque yo no quiero que mi vida se prolongue con otras medidas para prolongar la vida en las situaciones en las que puse mis iniciales en la Sección 1 de arriba, YO SÍ quiero recibir alimentación por sonda en esas situaciones (iniciales aquí solamente si usted SÍ quiere alimentación por sonda en esas situaciones).

3. Yo deseo estar lo más cómodo posible. Quiero que mis proveedores de cuidados de la salud me mantengan limpio, cómodo y libre de dolor tanto como sea posible, incluso cuando estos cuidados puedan apresurar mi muerte.

4. Mis proveedores de cuidados de la salud pueden confiar en este testamento vital para denegar o suspender las medidas para prolongar la vida en las situaciones en las cuales firmé mis iniciales anteriormente.

5. Si he designado un agente de cuidados de la salud en la Parte A de estas voluntades anticipadas o en un documento similar, y si las instrucciones del agente de cuidados de la salud difieren de los deseos expresados en este testamento vital, entonces: (AVISO: iniciales en SOLO UNA de las dos opciones siguientes):

_____ (iniciales) Seguimiento de este testamento vital. Mi agente de cuidados de la salud no puede tomar decisiones diferentes de las que yo he declarado en este testamento vital.

_____ (iniciales) **Seguimiento del agente de cuidados de la salud:** Mi agente de cuidados de la salud tiene la autoridad de tomar decisiones diferentes de las que yo he declarado en este testamento vital.

Parte C: Completar este documento (¡espere a que dos testigos y un notario público estén presentes antes de que usted firme!)

1. Su firma

Yo estoy mentalmente alerta y competente y estoy completamente informado del contenido de este documento.

Fecha: _____

Firma: _____

2. Firmas de los testigos

Por la presente declaro que la persona mencionada anteriormente, _____, en pleno uso de sus facultades mentales, firmó (u ordenó a otra persona para que firmara en su nombre) el anterior documento en mi presencia. No soy pariente de la persona ni de sangre ni por matrimonio y no tengo derecho a ninguna parte del patrimonio de la persona bajo ningún testamento o codicilo de la persona ni soy heredero según la ley si la persona muriese en esta fecha sin un testamento. Yo no soy el médico que está tratando a la persona. Yo no soy ni un proveedor de cuidado médico con licencia ni un proveedor de salud mental que (1) sea empleado del médico o del médico de salud mental que está tratando a la persona, (2) un empleado del centro de salud en el que la persona es paciente o (3) un empleado de una residencia de ancianos u hogar de cuidado para adultos donde reside la persona. No tengo ninguna demanda contra la persona o el patrimonio de la persona.

Fecha: _____ Firma del testigo: _____

Fecha: _____ Firma del testigo: _____

2. Signatures of Witnesses

I hereby state that the person named above, _____, being of sound mind, signed (or directed another to sign on the person's behalf) the foregoing document in my presence. I am not related to the person by blood or marriage, and I would not be entitled to any portion of the estate of the person under any existing will or codicil of the person or as an heir under the law, if the person died on this date without a will. I am not the person's attending physician. I am not a licensed health care provider or mental health treatment provider who is (1) an employee of the person's attending physician or mental health treatment provider, (2) an employee of the health facility in which the person is a patient, or (3) an employee of a nursing home or any adult care home where the person resides. I do not have any claim against the person or the estate of the person.

Date: _____ Signature of Witness: _____

Date: _____ Signature of Witness: _____

3. Notarization

_____ COUNTY, _____ STATE

Sworn to (or affirmed) and subscribed before me this day by

_____ (type/print name of signer)

_____ (type/print name of witness)

_____ (type/print name of witness)

Date: _____
(Official Seal) _____ Signature of Notary Public

_____, Notary Public
Printed or typed name

My commission expires: _____

Translated by UNC Health Care Interpreter Services, 05/09/19