



Respecting Choices<sup>®</sup>

# Directiva anticipada



# Índice

## Introducción

|   |      |
|---|------|
| ¿Qué es la planeación de atención anticipada? ..... | I.   |
| ¿Qué es una directiva anticipada?.....              | II.  |
| Compartir sus deseos y elecciones .....             | III. |
| Conozca más sobre Respecting Choices®.....          | IV.  |

## Directiva anticipada Respecting Choices®

### Sección legal

|   |        |
|---|--------|
| Información personal .....  | 1 de 5 |
| Poder notarial sin vencimiento para designación de defensor del paciente en atención médica ..... | 2 de 5 |
| Firma del paciente y declaración testimonial .....  | 3 de 5 |
| Decisiones de tratamiento de salud mental - opcional.....   | 4 de 5 |
| Aprobación del defensor del paciente/ defensor del paciente sucesor ..                            | 5 de 5 |

## Información recomendada para el defensor del paciente y su equipo de atención médica

### Sección opcional

Estos formularios se pueden escanear para su expediente médico electrónico, para ayudar a su defensor del paciente y a su médico a comprender sus valores y deseos de atención médica.

Mis consideraciones culturales o espirituales

Explorar sus objetivos para atención de una lesión cerebral grave y permanente

Información sobre resucitación cardiopulmonar (RCP)

# Conversemos

La planeación de la atención anticipada comienza con una conversación. Los facilitadores certificados de Respecting Choices® en Corewell Health en el sudeste de Michigan se encuentran disponibles para guiarlo por el proceso. Implica compartir sus valores y creencias con el médico y defensor del paciente elegido. Finalizar con éxito da como resultado un documento de directiva anticipada legal.



Puede que no sea emocionalmente fácil completar la directiva anticipada, pero millones de personas lo han hecho con éxito y usted también lo puede hacer.

## ¿Qué es la planeación de atención anticipada?

Corewell Health se asoció con Respecting Choices®, un modelo de planeación de atención anticipada basado en evidencia, reconocido internacionalmente, que crea una cultura de atención médica centrada en la persona y que honra los valores y objetivos del cuidado actual y futuro de la persona.

Los facilitadores certificados de Respecting Choices® de Corewell Health se encuentran disponibles para ayudarlo a completar y revisar su directiva anticipada. Hablar de sus preferencias es parte de un buen cuidado de salud, de este modo su médico siempre se puede guiar con el conocimiento de sus deseos y creencias. Lo animamos a conocer más sobre este tema.

Este acercamiento a las conversaciones reconoce que la planeación de atención anticipada no es un proceso que sea único para todos. También puede elegir completar documentos adicionales que proporcionan la información sobre sus valores y las instrucciones adicionales a su defensor del paciente designado y para el equipo de atención médica.

Si lo solicita, se ingresará en el sistema su documento de directiva anticipada para que se encuentre disponible en cualquier consultorio o campus que comparte el mismo sistema de expedientes médicos.

Sabemos que las conversaciones y el proceso de consideración de un plan de atención anticipada pueden tomar algún tiempo. Su facilitador de Respecting Choices® de Corewell Health lo puede acompañar en todo momento.

# ¿Qué es una directiva anticipada?

La directiva anticipada es un documento legal que describe sus preferencias de tratamiento específicas en caso de que no lo pueda hacer usted. Su directiva anticipada, también llamada poder notarial sin vencimiento para cuidado de la salud, sólo se usará si se enferma o lesiona tanto que no puede comunicar sus deseos usted mismo. La directiva anticipada comienza al nombrar un defensor del paciente para que tome decisiones por usted cuando usted no pueda e incluye documentación adicional sobre las preferencias de reanimación cardiopulmonar (RCP), soporte vital y donación de órganos.

---

## Defensor del paciente

Usted nombrará a un representante legal, también conocido como defensor del paciente. Su defensor del paciente debe ser alguien en quien confía, que esté disponible cuando lo llame y que se sienta cómodo tomando decisiones por usted cuando usted no pueda tomarlas. Usted y su defensor del paciente deben tener una conversación sobre sus deseos descritos en la directiva anticipada. Se espera que su defensor del paciente siga sus instrucciones, incluso si no está de acuerdo con ellas.

Al describir los objetivos de atención generales y sus preferencias de tratamiento con sus propias palabras, el documento de directiva anticipada le ayuda a su equipo de atención médica y a su defensor del paciente para ofrecer el mejor tipo de atención que realmente desea.

Revisar sus directivas anticipadas cada año con su médico, equipo de atención médica y defensor del paciente, así como cada vez que ingrese a un centro de atención médica, mantendrá actualizados sus valores. Lo puede actualizar o cancelar en cualquier momento.

En [beaumont.org/respecting-choices](https://beaumont.org/respecting-choices) puede encontrar hojas de trabajo adicionales que le ofrecen orientación a su defensor del paciente y equipo de atención médica.

---

## Hojas de trabajo adicionales en línea

- Qué hace que valga la pena vivir.
- Tubos de respiración/ intubación.
- Tubos de alimentación/ nutrición.
- Vigilia vs. comodidad.
- Transfusión de sangre.



# Compartir sus deseos y elecciones

## Después de completar su directiva anticipada discúptala, distribúyala y revísela:

- Informe a sus familiares y amigos cercanos que completó el documento. Hágalos saber quiénes son sus defensores del paciente y cuáles son sus deseos de atención médica. Hágalos saber que estas son sus decisiones y no simples solicitudes.
- Entregue copias de su directiva anticipada completas a las personas que enlistó en la página de información de su directiva anticipada (página uno de su directiva anticipada).
- Lleve una copia de su directiva anticipada con usted siempre que lo admitan en el hospital o centro de enfermería especializada (hogar de ancianos o centro de rehabilitación). Pida que introduzcan su directiva anticipada en su expediente médico electrónico por medio de **MyChart**, por correo electrónico **cheadvancedirectivefax@corewellhealth.org** o por fax **947.522.0473**.
- Guarde una copia de su directiva anticipada en un lugar donde la pueda encontrar fácilmente.
- Puede actualizar su directiva anticipada en cualquier momento completando y fechando una nueva. Puede actualizar o cambiar este documento usted mismo o contactando a Respecting Choices® en Corewell Health para que lo ayuden. Si se modifica, la directiva anticipada se debe firmar con testigos nuevamente, luego se deben entregar copias a quienes tengan una copia antigua.
- Siempre puede cambiar de opinión sobre la atención que desea y sobre quién es su defensor del paciente. Informe a su equipo de atención médica si desea cambiar su directiva anticipada. También se puede comunicar con Respecting Choices® en Corewell Health.

## Tarjeta de cartera de Respecting Choices® en Corewell Health

Complete la tarjeta de cartera. Escriba nombres y números de teléfonos de su(s) defensor(es).

|                         |                    |            |   |
|-------------------------|--------------------|------------|---|
| Corte la línea punteada | Patient advocate   | Doble aquí | Respecting Choices® en Corewell Health        |
|                         | Nombre: _____      |            | Tengo una directiva anticipada.               |
|                         | Teléfono: _____    |            | Consulte el reverso de esta tarjeta para      |
|                         | Defensor sucesor 1 |            | obtener la información de mi(s) defensor(es). |
|                         | Nombre: _____      |            | _____   |
|                         | Teléfono: _____    |            | Firma   |
| Defensor sucesor 2      |                    |            |   |
| Nombre: _____           |                    |            |   |
| Teléfono: _____         |                    |            |   |

# Conozca más sobre Respecting Choices® en Corewell Health

## ¿Qué es un facilitador certificado de Respecting Choices® en Corewell Health?

Un facilitador de Respecting Choices® en Corewell Health es alguien que lo puede guiar con conversaciones de planeación de atención anticipada. Usted y las personas que elija para participar pueden hablar sobre sus experiencias y lo que significa vivir bien para usted. La conversación da como resultado la creación de una directiva anticipada que identifica y refleja sus objetivos de atención individualizados.

## Respecting Choices® en Corewell Health en su comunidad.

Los oradores de Respecting Choices® en Corewell Health se encuentran disponibles para hablar con grupos de cualquier tamaño sobre la planeación de la atención anticipada, sin costo, en toda el área metropolitana. Para solicitar a un orador contáctenos en **[advancecareplanningeast@corewellhealth.org](mailto:advancecareplanningeast@corewellhealth.org)**.

## ¿Le gustaría que asesoren a un grupo?

Los facilitadores de Respecting Choices® en Corewell Health pueden guiar a los grupos por medio del proceso de planeación de atención anticipada y la creación de una directiva anticipada. Envíenos un correo electrónico a **[advancecareplanningeast@corewellhealth.org](mailto:advancecareplanningeast@corewellhealth.org)**.

## ¿Desea ser voluntario de Respecting Choices® en Corewell Health?

Conozca más sobre convertirse en un facilitador certificado de Respecting Choices® en Corewell Health y otras oportunidades de voluntariado en **[advancecareplanningeast@corewellhealth.org](mailto:advancecareplanningeast@corewellhealth.org)**.

---

Este documento, poder notarial sin vencimiento para atención médica, es sólo para tomar decisiones médicas. Se requiere un formulario de poder notarial diferente si desea designar a alguien para que tome decisiones financieras por usted. Un documento de poder financiero no permite que ese defensor tome decisiones médicas por usted. Asegúrese de comprender la diferencia entre un poder notarial médico y un poder notarial financiero.



Para hablar con un facilitador certificado, solicitar un orador de planeación de atención anticipada o conocer más sobre las oportunidades de voluntariado, **contáctenos en:**

Teléfono: **947.522.1948**

Correo electrónico: **[advancecareplanningeast@corewellhealth.org](mailto:advancecareplanningeast@corewellhealth.org)**

Página web: **[beaumont.org/respecting-choices](http://beaumont.org/respecting-choices)**

## Mantenga con el documento legal

# Respecting Choices® en Corewell Health – Directiva anticipada

## Hoja de información

Nombre completo del paciente (letra de molde): \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Teléfono(s) casa: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Entregué copias de mi directiva anticipada a:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

Asegúrese de incluir a su defensor del paciente, defensores del paciente alternativos y a su médico. Considere incluir a su organización de atención médica, así como a otros familiares y amigos. Recuerde guardar una copia para usted.

Puede hacer cambios a su directiva anticipada en cualquier momento. Recomendamos actualice su documento cada ciertos años o seguir la **regla 5D**:

- Cada nueva década de su vida.
- Después de la muerte de un ser querido.
- Después de un divorcio.
- Después de cualquier diagnóstico importante.
- Después de cualquier disminución del funcionamiento importante..

## Poder notarial sin vencimiento para cuidado de la salud – designación de defensor del paciente

Este es un documento legal. Estoy nombrando a un defensor del paciente que hablará a mi nombre sólo si yo no puedo hablar por mí mismo o si no puedo participar en las decisiones médicas (según lo determine mi médico y otro médico o psicólogo autorizado) o de salud mental (según lo determine mi médico y mi profesional de la salud mental). Mi defensor del paciente no tiene autoridad para tomar decisiones en mi nombre en ningún momento en que yo pueda participar en estas decisiones yo mismo. Autorizo que este documento se incluya como parte de mi expediente médico y que se entregue a mi defensor del paciente y a mi proveedor de atención médica, así como a los defensores sucesores y a los sistemas de atención médica donde recibo atención.

### Designación del defensor del paciente

Yo \_\_\_\_\_, vivo en \_\_\_\_\_,  
(nombre completo del paciente) (dirección del paciente)

tengo más de 18 años, estoy en mi sano juicio y elijo voluntariamente a la siguiente persona como mi defensor del paciente, o defensor sucesor, para tomar las decisiones de atención médica por mí si, y sólo si, yo no puedo participar en la toma de estas decisiones por mí mismo. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento, comunicando de cualquier forma que esta elección ya no refleja mis deseos.

### Elijo a la siguiente persona como mi defensor del paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_  
 Teléfono(s) casa: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Si mi Defensor del Paciente no acepta la asignación, no quiere, no está disponible o no puede actuar como mi Defensor del Paciente, entonces quiero que esta persona sea mi:

#### Primer alternativa (sucesor) de defensor del paciente:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_  
 Teléfono(s) casa: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_

#### Segunda alternativa (sucesor) de defensor del paciente:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_  
 Teléfono(s) casa: \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\*Puede elegir nombrar a más otros defensores (sucesores) adicionales.

## Firma del paciente

### Se debe firmar y fechar en presencia de dos testigos.

Mi firma a continuación se aplica a todas las páginas de este documento, incluyendo el documento "Aprobación del defensor del paciente/defensor sucesor del paciente" que se encuentra en la página 5. Deseo que las personas seleccionadas en este documento sean mi defensor del paciente y mis defensores sucesores del paciente. Estoy tomando esta decisión porque esto es lo que quiero, NO porque nadie me obliga de ninguna manera. Entiendo que puedo revocar esta designación de defensor del paciente en cualquier momento y de cualquier manera que comunique mi intención de revocar.

**Firma del PACIENTE:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

### Poder respecto del tratamiento de soporte vital – opcional:

Autorizo expresamente a mi defensor del paciente a tomar decisiones para suspender o retirar el tratamiento que me permitiría morir, y reconozco que dichas decisiones podrían o permitirían mi muerte natural.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

(firme su nombre si desea otorgarle esta autoridad a su defensor del paciente)

## Declaración del testigo

Declaro que la persona que firmó este documento lo hizo en mi presencia y que parece estar en su sano juicio y sin coacción, fraude o influencia indebida.

Yo **no**:

- Soy la persona designada como defensor del paciente en este documento.
- Soy menor de 18 años.
- Tengo relación sanguínea, por matrimonio o adopción con el paciente.
- Soy el médico o proveedor de atención médica del paciente.
- Soy empleado del centro de atención médica o programa comunitario de salud mental que trata o atiende al paciente.
- Soy empleado de un proveedor de seguro de vida o salud del paciente.
- Hasta donde yo sé, soy acreedor del paciente o tengo derecho a cualquier parte de su patrimonio según un testamento existente o por operación de ley.

**Firma de primer testigo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Nombre (letra de molde): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

**Firma de segundo testigo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Nombre (letra de molde): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

## Decisiones de tratamiento de salud mental – opcional

Elijo no completar esta sección.

Complete esta sección para autorizar que su defensor del paciente tome decisiones de tratamiento si un médico y un profesional de salud mental determinan que usted no puede dar su consentimiento informado para atención de la salud mental.

Mi preferencia sobre el médico o profesional de la salud mental para evaluar mi capacidad para tomar mis propias decisiones de tratamiento de mi salud mental es la siguiente:

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Dirección del consultorio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del profesional de salud mental: \_\_\_\_\_

Dirección del consultorio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Entiendo que si las personas designadas anteriormente no están disponibles para tomar una determinación, mi equipo de tratamiento identificará a otros profesionales que lo puedan hacer. Siempre que sea posible se considerará mi preferencia y la de mi defensor del paciente.

**A continuación se encuentra una lista de opciones de tratamiento. Puedo elegir una o más opciones de poder que quiera otorgar a mi defensor del paciente al escribir mis iniciales junto a ellas:**

\_\_\_\_\_ Terapia ambulatoria.  
iniciales

\_\_\_\_\_ Mi admisión como paciente voluntario formal a un hospital para recibir atención mental. Tengo derecho a avisar mi intención de abandonar el hospital con tres días de anticipación.  
iniciales

\_\_\_\_\_ Mi admisión para recibir servicios de salud mental para para pacientes internados.  
iniciales

\_\_\_\_\_ Medicamentos psicotrópicos.  
iniciales

\_\_\_\_\_ Terapia electro convulsiva (TEC).  
iniciales

### **Poder sobre tratamiento de salud mental - opcional:**

Renuncio a mi derecho a que una revocación tenga efecto inmediato. Si revoco mi designación, la revocación entrará en vigor 30 días después de la fecha en que comunique mi intención de revocar. Aún cuando elija esta opción, todavía tengo el derecho a avisar con tres días de anticipación mi intención de dejar el hospital si soy paciente voluntario formal.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

(firme si desea otorgar esta autoridad a su defensor del paciente)

## Aprobación del defensor del paciente y defensor del paciente alternativo (sucesor)

Acepto ser el defensor del paciente de \_\_\_\_\_, acepto la  
(nombre del paciente)

responsabilidad y acepto tomar medidas razonables para seguir los deseos e instrucciones del paciente como se describen en este documento y como pude haber discutido de forma verbal con el paciente. Si no puedo tomar decisiones después de haber hecho esfuerzos razonables para contactarme, un defensor del paciente sucesor, en el orden designado por el paciente, tomará decisiones hasta que yo me encuentre disponible.

Al firmar esta aprobación, reconozco y acepto la responsabilidad de actuar en nombre del paciente y tomar decisiones consistentes con los deseos y mejores intereses expresados por el paciente. También entiendo que firmar esta aprobación no me obliga a ser financieramente responsable del paciente ni del costo de su atención. Además, entiendo y acepto que, como defensor del paciente:

- A. Mi autoridad no será efectiva a menos que los médicos declaren que el paciente no puede tomar decisiones sobre tratamientos médicos y/o de salud mental.
- B. No puedo ejercer ningún poder relacionado con el cuidado, custodia o tratamiento médico o de salud mental del paciente que el paciente no podría haber ejercido por sí mismo.
- C. No puedo tomar la decisión de negar o retirar la atención a una paciente embarazada si esa decisión resultaría en la muerte de la paciente.
- D. Puedo tomar la decisión de suspender o retirar el tratamiento que permitiría al paciente morir sólo si el paciente expresó de manera clara y convincente que estoy autorizado a tomar tal decisión y que el paciente reconoce que tal decisión podría o permitiría la muerte del paciente.
- E. No puedo recibir compensación por servir como defensor del paciente, pero me pueden reembolsar cualquier gasto real y necesario incurrido a nombre del paciente.
- F. El paciente puede revocar mi autoridad para actuar como defensor del paciente en cualquier momento y de cualquier manera que sea suficiente para comunicar su intención de revocar.
- G. Si el paciente renunció a su derecho a revocar mi autoridad para tomar decisiones sobre tratamientos de salud mental, entonces dicha revocación de cualquier tratamiento de salud mental se retrasará 30 días después de que el paciente exprese su intención de revocar.
- H. Puedo revocar esta aprobación en cualquier momento y de cualquier manera suficiente para comunicar mi intención de dejar de actuar como defensor del paciente.
- I. Debo actuar de acuerdo con los estándares médicos y legales que me exigen tomar decisiones en el mejor interés y beneficio del paciente. Los deseos conocidos del paciente, expresados o evidenciados, mientras el paciente puede participar en la toma de sus decisiones de tratamiento médico y/o de salud mental están en el mejor de sus intereses.
- J. Si este documento me autoriza para hacer una donación anatómica, mi autoridad se sigue ejerciendo después de la muerte del paciente.
- K. Un paciente admitido en el hospital tiene los derechos enumerados en la sección 20201 del Código de Salud Pública de Michigan (MCL 333.20201).

**Firma del defensor del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del defensor del paciente alternativo (sucesor) - (opcional):**  
\_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Respecting Choices® en  
Corewell Health en el sudeste de Michigan – directiva anticipada

## Información recomendada para el defensor del paciente y su equipo de atención médica

### Mis consideraciones culturales o espirituales

Elijo no completar esta sección.

Deseo que mis seres queridos y equipo de atención médica conozcan lo siguiente sobre mis creencias religiosas, culturales o espirituales:

Mis creencias religiosas, culturales o espirituales son:

---

---

---

---

Ahora que se acerca mi muerte, lo siguiente es importante para mí:

---

---

---

---

Al momento de mi muerte, lo siguiente es importante para mí:

---

---

---

---

Comentarios adicionales:

---

---

---

---

## Información recomendada para el defensor del paciente y su equipo de atención médica

### Explorar sus objetivos para atención de una lesión cerebral grave y permanente

#### Elijo no completar esta sección.

Hay una decisión en la que toda persona debería pensar. Imagine este escenario: un suceso repentino (como un accidente automovilístico o una enfermedad) lo dejó incapaz de comunicarse. Está recibiendo toda la atención necesaria para mantenerlo con vida. Los médicos consideran que hay pocas probabilidades de que recupere la capacidad de saber quién es o con quién está.

En esta situación, ¿le gustaría continuar con tratamiento médico para mantenerlo vivo? o ¿le gustaría detener el tratamiento médico? En cualquiera de los casos, se le mantendrá cómodo.

Se recomienda que un facilitador certificado de Respecting Choices® en Corewell Health en el sudeste de Michigan lo guíe, a usted y a quienes invitó a participar, con una conversación. Es importante que explore estas preguntas, sus experiencias y lo que significa vivir bien para usted. Este proceso permite que se comprendan mejor sus valores y las decisiones que tomó en su directiva anticipada.

Si llego a un punto en el que hay certeza médica razonable de que no recupere mi capacidad de saber quién soy, quiénes son mis familiares y amigos o dónde estoy como resultado de una lesión cerebral permanente, quiero que me mantengan cómodo y limpio y quiero que mi defensor del paciente abogue por que:

#### Marque el recuadro junto a la declaración con la que está de acuerdo:

- Deseo iniciar o continuar un tratamiento** que me mantenga con vida, a menos que mi doctor(es) determine que el tratamiento sería más perjudicial que útil para mí.
- 
- Deseo suspender o rechazar todos los tratamientos**, incluyendo, entre otros: sondas de alimentación, incluyendo hidratación intravenosa (IV) y un respirador/ventilador, si sufro este tipo de condición. En mi opinión, las cargas de estos tratamientos superan los posibles beneficios de los tratamientos médicos de apoyo.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Información recomendada para el defensor del paciente y su equipo de atención médica

### CPR – resucitación cardiopulmonar

#### Elijo no completar esta sección.

Si mi corazón deja de latir y ya no respiro, pueden empezar con la resucitación cardiopulmonar para tratar de reiniciarlos. La resucitación cardiopulmonar incluye compresiones de pecho para reiniciar la circulación, descargas eléctricas para reiniciar los latidos del corazón e inserción (intubación) de un tubo por la boca hacia la tráquea, para permitir la ventilación mecánica y la respiración artificial. Sin resucitación cardiopulmonar la muerte ocurriría de forma natural.

#### Datos sobre la resucitación cardiopulmonar:

Puede haber ocasiones en las que no se pueda ofrecer la resucitación cardiopulmonar, ya que podría resultar inútil o incluso perjudicial. Si mi médico tratante o un médico de cuidados intensivos que me atiende considera que, de acuerdo con las buenas prácticas médicas, la resucitación cardiopulmonar no ayudará, no se la ofrecerá. En dichas circunstancias, notificarán esta decisión a mi defensor del paciente.

- La resucitación cardiopulmonar es más exitosa en pacientes más jóvenes y saludables.
- En pacientes mayores con otras enfermedades crónicas, la probabilidad de sobrevivir es menor al 5%. La posibilidad de sobrevivir a la calidad de vida anterior es aún menor.
- En pacientes mayores con la enfermedad de Alzheimer o Parkinson, enfermedades cardíacas, renales o pulmonares en etapa terminal o cáncer avanzado, la tasa de supervivencia es menor al 1% con una dramática disminución en la calidad de vida. Rara vez es posible que vuelvan a casa o que vivan de forma independiente.

Si se detiene mi corazón o mi respiración...

#### Marque el recuadro junto a la declaración con la que está de acuerdo:

- Quiero resucitación cardiopulmonar** a menos que mi doctor(es) determine(n):
- Que tengo una condición médica sin posibilidades razonables de sobrevivir con RCP.
  - La resucitación cardiopulmonar sería más dañina que útil.
- No quiero resucitación cardiopulmonar**, en su lugar, deseo permitir una muerte natural.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Respecting Choices®

# Directiva anticipada

## Nuestras promesas para usted:

- Iniciaremos la conversación.
- Proporcionaremos asistencia con la planeación anticipada de su atención.
- Nos aseguraremos que los planes son claros.
- Mantendremos y recuperaremos los planes.
- Seguiremos los planes de forma adecuada.

Para hablar con un facilitador certificado, solicitar a un orador sobre la planeación anticipada o para saber más sobre las oportunidades de voluntariado, **comuníquese con nosotros:**

Teléfono: **947.522.1948**

Correo electrónico: **advancecareplanningeast@corewellhealth.org**

Página web: **beaumont.org/respecting-choices**

### Suba su directiva anticipada a (seleccione uno):

**MyChart:** subir documentos completos

**Correo electrónico:** [cheadvancedirectivefax@corewellhealth.org](mailto:cheadvancedirectivefax@corewellhealth.org)

**Fax:** 947.522.0473