

## LAS OPCIONES DE HOY SOBRE ASISTENCIA SANITARIA

Años atrás no teníamos las opciones médicas de hoy. Personas seriamente enfermas, ancianas y jóvenes, estaban más propensas a morir rápidamente por causas naturales que hoy. Ahora, la tecnología médica puede extenderle la vida a una persona seriamente enferma por más largos periodos de tiempo. Aun puede mantener permanentemente vivas a personas inconscientes por muchos años. Esto ha creado opciones que solo hace unos pocos años no parecían ser posibles.

En algunas ocasiones la nueva tecnología parece verdaderamente milagrosa en su habilidad de restaurarle la salud a una persona seriamente enferma. En otras ocasiones, solo parece prolongar el sufrimiento y el proceso de muerte.

### TRATAMIENTO MÉDICO

Hay tres tipos de cuidado de extensión de vida que considerar: resucitación cardiopulmonar (RCP); provisión artificial de nutrición y líquidos (alimentación por sonda); y tratamiento activo para combatir enfermedad.

#### 1. RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)

Resucitación cardiopulmonar es el acto de revivir a alguien cuyo corazón y / o respiración ha parado. RCP (en algunas ocasiones llamado “código”) puede incluir medidas básicas y avanzadas.

##### Las medidas básicas son:

- Compresión cardiaca (repetidamente presionando el pecho para presionar al corazón para que la sangre comience a circular de nuevo);
- Reanimación boca a boca, empujar aire a los pulmones.

##### Las medidas avanzadas son:

- Intubación (insertando un tubo por la boca o nariz al tubo aéreo) y conectando una máquina o aparato para respiración artificial;
- Desfibrilación (fuertes shocks eléctricos al pecho para que al corazón palpite de nuevo);
- Medicina fuerte.

El éxito del RCP depende de la salud del individuo y que tan rápido se le aplica el proceso. Los mejores resultados ocurren en personas relativamente sanas cuyo corazón ha dejado de latir inesperadamente, y cuando se le inicia el RCP cuanto antes. La probabilidad de volver a hacer latir el corazón es mucho menos probable cuando ha dejado de latir por resultado de problemas crónicos.

El rápido uso de RCP puede salvarle la vida a una persona y prevenir daño a los tejidos y órganos del cuerpo. Por otra parte, daño al cerebro es más probable si más de cuatro minutos han transcurrido antes de iniciar el proceso. Otros riesgos incluyen heridas al pecho y al hígado como resultado de la fuerza aplicada durante la compresión al pecho.

Los hospitales modernos y las enfermerías domiciliarias automáticamente aplican RCP a cualquiera cuyo corazón y / o respiración ha parado, a no ser que exista una orden de NO Resucitar en el



2375 E. PRATER WAY  
SPARKS, NEVADA 89434

INFORMACIÓN DEL PACIENTE SOBRE LA LEY  
ESTATAL DE NEVADA  
CONCERNIENTE A INSTRUCCIONES PREVIAS

Page 1 of 13  
Standard Register

FORM #10-43044 (02/07)



CL0011

Patient Identification

expediente médico del paciente. Una orden de No Resucitar (también llamada “no code”) solo puede ser escrita por un médico con permiso del paciente, su agente de salud sanitaria o la familia. (Note” Una orden de No Resucitar no es lo misma cosa como instrucciones previas. Si desea limitar el RCP, su médico debe escribir una orden de No Resucitar.)

## 2. PROVISIÓN ARTIFICIAL DE NUTRICIÓN Y LÍQUIDOS

La provisión artificial de nutrición y líquidos, también llamado “ alimentación por sonda,” se utiliza ya sea temporalmente o permanentemente cuando los pacientes ya no pueden tragar. Existen tres maneras de proporcionar nutrición y líquidos artificialmente.

- La sonda nasogástrica, la cual se inserta por la nariz al estómago;
- La sonda gástrica, la cual se inserta por la pared del estómago;
- La sonda intravenosa, insertada en las venas del brazo o pecho.

La ley de Nevada le permite a individuos rechazar alimentación por sonda, así como pacientes pueden rechazar otros tratamientos médicos. Sin embargo, algunos médicos tienen reservaciones de parar la alimentación por sonda a pacientes inconscientes a no ser que el paciente haya dejado instrucciones específicas de llevarlo a cabo.

La muerte suele ocurrir dentro de 14 días después del retiro de la alimentación por sonda. Muchas personas se preocupan que la falta de comida y agua significa una muerte dolorosa. Por lo general, el paro de alimentación por sonda ocurre en personas que se encuentran inconscientes o están a punto de morir. A esta etapa la mayoría de los pacientes han perdido el deseo de alimentarse y la sensación de sed o dolor. Como una precaución contra la incomodidad, rutinariamente proporcionamos cuidado de confort durante el interin antes de la muerte.

## 3. TRATAMIENTO ACTIVO PARA COMBATIR ENFERMEDADES

El tratamiento activo para combatir enfermedades incluye tratamiento intensivo (cuidado de alta tecnología usualmente ofrecido en la unidad intensiva de los hospitales) y tratamiento no intensivo.

### Tratamiento Intensivo

- Los ventiladores, comúnmente llamados respiradores, son máquinas que pueden respirar por el paciente si la función de los pulmones es insuficiente. Esto se hace a través de una sonda insertada en el tubo aéreo vía la nariz, boca, o a través de una traqueostomía, un hoyo hecho por el tubo aéreo por el frente del cuello.

De los dos procedimientos, pasar una sonda por la nariz o la boca es menos molesto porque le previene al paciente hablar, y comer, y produce reflejo nauseoso. La traqueostomía, requiere anestesia y cirugía, pero eventualmente le permite al paciente tomar alimento por la boca y hablar por cortos periodos por el ventilador.

Un ventilador, especialmente ayuda al paciente pasar por una corta crisis. También lleva riesgos y puede causar complicaciones.

- Diálisis del riñón requiere el uso de una máquina para limpiar la sangre cuando los riñones ya no funcionan apropiadamente. La diálisis requiere muchas horas a la semana y puede ser bastante incomodo.

La diálisis se puede usar temporalmente mientras el paciente se recupera de un trastorno agudo o se encuentra en espera de un riñón, o de forma permanente en casos más serios de problemas de riñón. Completo fallo renal es una parte común del proceso de muerte.



2375 E. PRATER WAY  
SPARKS, NEVADA 89434

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE SOBRE LA LEY  
ESTATAL DE NEVADA  
CONCERNIENTE A INSTRUCCIONES PREVIAS**

Page 2 of 13  
Standard Register

FORM #10-43044 (02/07)

Patient Identification



CL0011

- Control invasivo requiere el uso de líneas intravenosas ( para la administración de medicina o líquidos y para obtener muestras de sangre) y catéteres (para monitorear la función del corazón y los riñones).
- Los marcapasos eléctricos y otros aparatos se pueden usar para sostener un corazón en fallo.
- La cirugía mayor se puede utilizar para restaurar función o aliviar el dolor.

#### Tratamiento no Intensivo

- Antibióticos (disponible en píldora o por inyección) para las infecciones.
- Transfusiones de sangre.
- Quimioterapia (un tratamiento de medicina) y radiación (tal como terapia de Rayos equis) para combatir el cáncer.

Lo siguiente es una Declaración de los Derechos del Paciente con respecto a Tratamiento y a la Descripción de Instrucciones Previas bajo la Ley Estatal de Nevada:

### PREGUNTAS Y RESPUESTAS

#### ¿TENGO DERECHO DE TOMAR DECISIONES SOBRE EL CUIDADO DE MEDICARE?

SÍ. NRS 449.680 Le proporciona al paciente retener el derecho de tomar decisiones con relación al uso de tratamiento de medidas de salvación, siempre y cuando el paciente pueda hacerlo. NRS 449.720 proporciona que el paciente tenga el derecho de rechazar tratamiento al limite permitido por las leyes y de ser informado de las consecuencias por rechazarlo.

#### ¿TENGO DERECHO DE RECHAZAR TRATAMIENTO?

SÍ. NRS.449.720 Le proporciona el derecho de rechazar tratamiento si usted es capaz de tomar decisiones y de ser informado de las consecuencias del rechazo. Una persona calificada también puede rechazar tratamiento de medidas de salvación si es capaz de hacerlo. En algunas ocasiones el paciente puede estar tan enfermo que no puede rechazar tratamiento. Por esta razón, es muy importante tener instrucciones previas si desea rechazar tratamiento de medidas de salvación durante una enfermedad terminal.

#### ¿QUÉ SON INSTRUCCIONES PREVIAS?

Instrucciones previas es una declaración por escrito, que se hace por avanzado antes de una enfermedad seria, sobre como desea que se lleven a cabo decisiones antes de una enfermedad seria, sobre como desea que se lleven a cabo decisiones médicas. Las dos formas más comunes de instrucciones previas son:

- “Testamento Vital” (Living Will) o “Declaración;” y
- “Poder de Representación Durable para el Cuidado de Salud” (Durable Power of Attorney for Health Care)

Las instrucciones previas por adelantado le permiten indicar sus selecciones para el cuidado de salud o de nombrar a alguien para que tomen decisiones a su favor, si usted no puede tomar decisiones sobre su tratamiento médico. En breve, las instrucciones previas por adelantado le ayudan a tomar decisiones sobre su tratamiento médico del futuro. Usted puede decir “sí” a tratamiento que desea, o decir “no” a tratamiento que no desea.



Northern Nevada  
M E D I C A L C E N T E R

2375 E. PRATER WAY  
SPARKS, NEVADA 89434

INFORMACIÓN DEL PACIENTE SOBRE LA LEY  
ESTATAL DE NEVADA  
CONCERNIENTE A INSTRUCCIONES PREVIAS

Page 3 of 13  
Standard Register

FORM #10-43044 (02/07)

Patient Identification



CL0011

## ¿QUÉ ES UN TESTAMENTO VITAL O DECLARACIÓN?

Un Testamento Vital o Declaración generalmente indica el tipo de tratamiento médico que usted desea (o no desea) si usted se encuentra en posición de no poder tomar sus propias decisiones. Se le llama “Testamento Vital” porque se lleva a cabo mientras usted aún vive. La Legislatura de Nevada ha usado la palabra “Declaración” como el uso preferido para hablar de instrucciones previas. La forma de Declaraciones se encuentran en NRS 449.535 et seq.

## ¿QUÉ ES PODER DE REPRESENTACIÓN DURABLE PARA DECISIONES DEL CUIDADO DE SALUD?

Un “Poder de Representación Durable para el Cuidado de Salud” es un documento firmado, fechado y atestado, nombrando a otra persona, tal como a su cónyuge, hijos, o amigo cercano como su “agente” o “apoderado” para tomar decisiones médicas por usted si usted no puede tomar sus propias decisiones. Puede incluir instrucciones sobre cualquier tratamiento usted desea o desea evitar, tal como cirugía o alimentación artificial. Los estatutos con relación a Poder de Representación Durable para el Cuidado de Salud se encuentran en NRS 449.800 et seq.

## ¿BAJO LA LEY TENGO QUE ESCRIBIR INSTRUCCIONES PREVIAS?

NO. Es decisión completamente suya.

## ¿PUEDO CAMBIAR DE MENTE DESPUÉS DE ESCRIBIR UNA DECLARACIÓN O PODER DE REPRESENTACIÓN DURABLE PARA DECISIONES DE CUIDADO DE SALUD?

SÍ. Usted puede cambiar o cancelar estos documentos en cualquier momento de acuerdo con la ley. Cualquier cambio o cancelación debe ser por escrito, firmada y fechada de acuerdo con la ley estatal, y se le deben dar copias a su doctor de cabecera, o a otros a los cuales les dio copias de la original.

Si desea cancelar las instrucciones previas mientras se encuentra hospitalizado, debe avisarle a su médico, a su familia, y a otros que necesitan saber.

Aun sin cambio por escrito, sus deseos indicados en persona directamente a su doctor por lo general llevan más peso que una Declaración o Poder de Representación Durable para Decisiones de Cuidado de Salud, siempre mientras pueda decidir por si mismo y pueda comunicar sus deseos. Pero, este seguro de indicar sus deseos claramente y asegurar que hayan sido comprendidos.

## SI ME ENCUENTRO EN CONDICIÓN TERMINAL ( ME ESTOY MURIENDO Y NO HAY ESPERANZA DE UNA CURA) Y YA NO PUEDO TOMAR MIS PROPIAS DECISIONES SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO DE MEDIDAS DE SALVACIÓN Y NO TENGO INSTRUCCIONES PREVIAS, ¿SE ME PUEDE APLICAR O NEGAR TRATAMIENTO DE MEDIDAS DE SALVACIÓN?

SÍ. Si su cónyuge, un adulto o hijo o si más de un hijo, la mayoría de los hijos adultos que se encuentran razonablemente disponibles para consultas, sus padres, un hermano adulto o, si hay más de uno (hermano / a) la mayoría de los hermanos / as adultas razonablemente disponibles para consultas, o el pariente adulto más cercano ya sea por sangre o adopción razonablemente disponible para consultas, en esa orden de prioridad, puede de buena fe y a su mejor interés, consentir por escrito atestado por dos testigos a no permitir o retirar el tratamiento.



Northern Nevada  
M E D I C A L C E N T E R

2375 E. PRATER WAY  
SPARKS, NEVADA 89434

INFORMACIÓN DEL PACIENTE SOBRE LA LEY  
ESTATAL DE NEVADA  
CONCERNIENTE A INSTRUCCIONES PREVIAS

Page 4 of 13  
Standard Register

FORM #10-43044 (02/07)

Patient Identification



CL0011

**¿QUIÉN DECIDE SI YO SOY INCAPAZ DE TOMAR DECISIONES SOBRE TRATAMIENTO?**

Su médico.

**¿PUEDO HACER INSTRUCCIONES PREVIAS ORALMENTE?**

NO Las instrucciones previas deben ser formales y por escrito y firmadas por dos testigos. Sin embargo, usted puede oralmente revocar las instrucciones previas que ya existen.

¿ES ACONSEJABLE TENER UNA COMBINACIÓN DE INSTRUCCIONES (Declaración y Poder de Representación Durable para Decisiones de Cuidado de Salud en un solo documento)?

La ley de Nevada no indica de una manera u otra sobre una combinación de Instrucciones Previas o una Declaración. Si es posible usted debe tener una Declaración y un Poder de Representación Durable para Decisiones de Salud, ya sea una combinación o por separado, para que sus deseos lleven en si la más fuerte aplicación legal.

¿ES ACONSEJABLE HABLAR SOBRE INSTRUCCIONES PREVIAS CON MI PROVEEDOR DE SALUD.?

SI. A no ser que sus deseos ya sean conocidos por aquellos involucrados en el cuidado de su salud, sus deseos no pueden ser tomados en cuenta. Se le aconseja de proporcionar una copia de su Instrucciones Previas a su proveedor de salud.

¿DEBO HABLAR DE MI PLAN DE LLEVAR A CABO O DE NO LLEVAR A CABO INSTRUCCIONES PREVIAS CON MI ABOGADO?

SI. Su abogado puede explicarle la función y aconsejarle sobre Instrucciones Previas.

¿DEBE SABER EL INSTITUTO DONDE OBTENGO CUIDADO SI HE EJECUTADO INSTRUCCIONES PREVIAS?

SI. La ley federal requiere que el proveedor u organización “documente” en el expediente médico del paciente si o no el individuo ha ejecutado las Instrucciones Previas.

Usted no debe esperar hasta la vejez o al enfrentarse con una enfermedad seria para pensar sobre estos asuntos. Pensar en estos asuntos mientras se encuentra en buena salud le da a usted y a sus seres queridos la oportunidad de prepararse para una crisis médica que le puede ocurrir a quien sea.



2375 E. PRATER WAY  
SPARKS, NEVADA 89434

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE SOBRE LA LEY  
ESTATAL DE NEVADA  
CONCERNIENTE A INSTRUCCIONES PREVIAS**

Page 5 of 13  
Standard Register

FORM #10-43044 (02/07)

Patient Identification



CL0011

El siguiente es un formulario de una "Declaración." Proporcionado bajo los Estatutos de Nevada:

### DECLARACIÓN

Si yo llego a tener una condición incurable e irreversible que, sin la administración de tratamiento de medidas de salvación, que en la opinión de mi médico de tratamiento, provoque mi muerte dentro de un tiempo relativamente corto, y yo ya no pueda tomar decisiones sobre mi tratamiento médico, yo le dirijo a mi médico, de acuerdo con NRS 449.535. a 449.690, incluso a ofrecer o retirar tratamiento que solo prolongue el proceso de muerte y no sea necesario a mi estado de confort o para aliviar el dolor.

Si desea incluir el siguiente párrafo en su declaración, debe poner sus INICIALES el párrafo en la caja disponible:

Ofrecer o retirar nutrición artificial e hidratación puede resultar en muerte a través de hambre o deshidratación. Ponga sus iniciales en la caja si desea recibir o continuar recibiendo nutrición artificial e hidratación por su tracto gastrointestinal después de que todo tratamiento sea retirado de acuerdo con esta declaración .....[ ]

Firmado este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, 200\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El declarante voluntariamente firmó esta escritura en mi presencia.

Testigo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



2375 E. PRATER WAY  
SPARKS, NEVADA 89434

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE SOBRE LA LEY  
ESTATAL DE NEVADA  
CONCERNIENTE A INSTRUCCIONES PREVIAS**

Page 6 of 13  
Standard Register

FORM #10-43044 (02/07)

Patient Identification



CL0011

EL ACTA DE AUTO DETERMINACIÓN, LA CUAL INCLUYE INSTRUCCIONES PREVIAS, REQUIERE DE NORTHERN NEVADA MEDICAL CENTER QUE LE INFORME SOBRE SUS DERECHOS COMO PACIENTE Y SOBRE NUESTRAS POLÍTICAS.

1. Usted tiene el derecho de tomar decisiones sobre su cuidado médico.
2. Usted tiene el derecho de aceptar o rechazar tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo el derecho de formular instrucciones previas (declaraciones y / o poderes de representación durables para decisiones de cuidado médico).
3. Usted tiene derecho de que se le dé información sobre Instrucciones Previas dentro de 24 horas de su ingreso a este hospital.
4. Al ingresar al hospital, se le preguntará si tiene instrucciones previas.
5. Se documentará en su expediente médico si o no tiene instrucciones previas.
6. Si tienen instrucciones previas debe entregarle una copia al hospital, para que sea parte de su expediente médico, para que el personal esté consciente de sus deseos de tratamiento médico.
7. Si usted tiene instrucciones previas el hospital las tomará en cuenta (NRS 449.628 le permite al médico bajo cargo o proveedor de cuidado de salud que no cumpla con las instrucciones previas del paciente, de trasladarle el cuidado a otro médico o proveedor de salud quien las tomará en cuenta).
8. El hospital no condicionará el suministro de cuidado o discriminará contra usted basándose en si o no usted ha formulado instrucciones previas.
9. Para más información sobre instrucciones previas, o para obtener formularios de instrucciones previas, favor de ponerse en contacto con su enfermera o Servicios Sociales en este hospital.
10. Para más información en su comunidad usted puede contactar a un abogado.
11. Quejas o agravios sobre la falta de cumplimiento por parte del hospital de acuerdo con sus instrucciones previas pueden ser dirigidas a:

Norte (incluye las partes rurales de Nevada)

Sur

División de Salud del Estado de Nevada  
Bureau of Licensure and Certification  
1550 East College Parkway, Suite 158  
Carson City, NV 89706  
(702) 687-4475

División de Salud del Estado de Nevada  
Bureau of Licensure and Certification  
4220 South Maryland Parkway  
Building D, Suite 810  
Las Vegas, NV 89119  
(702) 486-6515



2375 E. PRATER WAY  
SPARKS, NEVADA 89434

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE SOBRE LA LEY  
ESTATAL DE NEVADA  
CONCERNIENTE A INSTRUCCIONES PREVIAS**

Page 7 of 13  
Standard Register

FORM #10-43044 (02/07)



CL0011

Patient Identification

**PODER DE REPRESENTACIÓN DURABLE PARA DECISIONES DE SALUD**  
**ADVERTENCIA A PERSONAS EJECUTANDO ESTE DOCUMENTO**

Este documento es un importante documento legal. Crea un Poder de Representación Durable para Decisiones de Salud. Antes de ejecutar este documento, usted debe saber estas importantes hechas:

1. Este documento le da a la persona que usted designe como su Apoderado el poder de tomar decisiones de salud para usted. Este poder es sujeto a cualquier limitación o declaración que usted desee incluir en este documento. El poder de tomar decisiones sobre su salud por usted puede incluir consentimiento, rechazo de consentimiento, o retiro de consentimiento a cualquier cuidado, tratamiento, servicio, o procedimiento a mantener, diagnosticar, o tratar una condición mental o física. Usted puede indicar en este documento cualquier tipo de tratamiento o colocación que usted no desee.
2. La persona que usted designe en este documento lleva el deber de actuar consistentemente con sus deseos como indicados en este documento o de otra manera indicados o, si sus deseos no se dan a saber, actuar en su mejor interés.
3. Salvo que usted lo especifique de otra manera en este documento, el poder de su apoderado que usted designe a tomar decisiones de salud por usted puede incluir el poder a dar consentimiento a su médico de no darle tratamiento o parar tratamiento que le mantendrá vivo.
4. A no ser que usted especifique en este documento, este Poder existirá por tiempo indefinido de la fecha que usted ejecute este documento y si usted no puede tomar decisiones por si mismo, este poder continuará en existencia hasta que usted pueda tomar decisiones de salud por si mismo.
5. No obstante este documento, usted tiene el derecho de tomar decisiones médicas y otras decisiones sobre salud por si mismo siempre y cuando pueda dar consentimiento informado con respecto a la decisión en particular. Además, no se le administrará tratamiento sobre su objeción, y el cuidado de salud para mantenerlo vivo no puede ser parado si usted tiene objeción.
6. Usted tiene derecho a revocar la designación de la persona seleccionada en este documento a tomar decisiones de salud por usted a través de una notificación a esa persona, oralmente o por escrito.
7. Usted tiene derecho a revocar la autoridad otorgada a esa persona designada en este documento para tomar decisiones de salud por usted a través de una notificación al médico de tratamiento, al hospital, o a otro proveedor de cuidado de salud ya sea oralmente o por escrito.
8. La persona designada en este documento para tomar decisiones de salud por usted tiene el derecho de examinar sus expedientes médicos y dar consentimiento a su revelación a no ser que usted limite el derecho en este documento.
9. Este documento revoca cualquier Poder de Representación Durable para el Cuidado de Salud.
10. Si existe algo en este documento que usted no comprende, debe pedirle una explicación a su abogado



2375 E. PRATER WAY  
SPARKS, NEVADA 89434

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE SOBRE LA LEY  
ESTATAL DE NEVADA  
CONCERNIENTE A INSTRUCCIONES PREVIAS**

Page 8 of 13  
Standard Register

FORM #10-43044 (02/07)

Patient Identification



CL0011

# 1. DESIGNACIÓN DE AGENTE DE ASISTENCIA SANITARIA

Yo, \_\_\_\_\_ (ponga su nombre) por este medio designo y nombro:

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Como mi apoderado para tomar decisiones de salud por mi como autorizado en este documento.

(Ponga el nombre y domicilio de la persona que usted desea nombrar como su apoderado para tomar decisiones por usted. A no ser que esa persona sea su cónyuge, guardián legal o la persona más cercana relacionada por sangre, ninguna de las siguientes pueden ser designadas como su apoderado: (1) su proveedor de cuidado de salud; (2) un empleado de su proveedor de cuidado de salud; (3) algún operador de alguna facilidad de cuidado de salud; o (4) algún empleado de un operador de una facilidad de cuidado de salud.)

# 2. CREACIÓN DE PODER DE REPRESENTACIÓN DURABLE PARA CUIDADO DE SALUD

Por este documento, Yo me propongo a crear un Poder de Representación Durable indicando a la persona designada anteriormente de tomar decisiones de salud por mi. Este poder de apoderado no será afectado por mi subsiguiente incapacidad.

# 3. DECLARACIÓN GENERAL DE AUTORIDAD OTORGADA

En dado caso que me encuentre incapaz de dar consentimiento informado con respecto a decisiones de salud, Yo por este medio otorgo a mi apoderado adelante nombrado poder completo, y autoridad de tomar decisiones de salud por mi antes, o después de mi muerte, incluyendo: Consentimiento; rechazo de consentimiento, o retiro de consentimiento a cualquier, cuidado, tratamiento, servicio, o procedimiento de mantener, diagnosticar, o tratar condición mental o física, sujeto solo a las limitaciones y provisiones especiales, si existen, estipuladas en los párrafos 4 o 6.

# 4. PROVISIONES ESPECIALES Y LIMITACIONES

(Su apoderado no tendrá derecho a consentir a nada de lo siguiente: a internamiento o a colocación en una facilidad de tratamiento de salud mental, tratamiento convulsivo, psicocirugía, esterilización, o aborto. Si existen otros tratamientos, colocaciones o restricciones a las cuales usted no desea que su apoderado de consentimiento, debe hacer una lista en el espacio adelante. Si no escribe ningunas limitaciones, su apoderado tendrá poderes amplios para tomar decisiones de salud por su parte las cuales se indicaron en el párrafo 3, salvo al límite proporcionado por ley.)

En ejercer la autoridad bajo el Poder de Representación Durable para el Cuidado de Salud, la autoridad de mi apoderado está sujeta a las limitaciones y provisiones especiales:

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



2375 E. PRATER WAY  
SPARKS, NEVADA 89434

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE SOBRE LA LEY  
ESTATAL DE NEVADA  
CONCERNIENTE A INSTRUCCIONES PREVIAS**

Page 9 of 13  
Standard Register

FORM #10-43044 (02/07)



CL0011

Patient Identification

5. DURACIÓN

Comprendo que este poder de representación existirá indefinidamente de la fecha que yo ejecute este documento a no ser que yo establezca un periodo más corto. Si yo no puedo tomar decisiones de salud por mí mismo cuando este poder de representación se venza, la autoridad que yo le he otorgado a mi apoderado continuará vigente hasta el momento que yo pueda tomar decisiones por mí mismo.

(SI APLICABLE)

Yo deseo que el poder de representación termine en la siguiente fecha: \_\_\_\_\_

6. DECLARACIÓN DE DESEOS

(Con respecto a las decisiones de no consentir o retirar tratamiento de salvación de vida, su apoderado debe tomar decisiones que sean consistentes con sus ya establecidos deseos. Usted puede, pero no es requerido a, indicar sus deseos adelante. Si sus deseos son conocidos, su apoderado tiene el derecho de actuar para el interés de usted; y bajo algunas circunstancias, un procedimiento judicial será necesario para que la corte pueda determinar las decisiones de salud que mejor le favorecen a usted. Si desea indicar sus deseos, usted puede, poner sus iniciales a las declaraciones que reflejen sus deseos y / o escribir sus propias declaraciones en el espacio adelante.)

(Si las declaraciones reflejan sus deseos, ponga sus iniciales en la caja junto a la declaración.)

- 1. Deseo que mi vida sea prolongada al más alto límite posible, sin consentimiento a mi condición, a la probabilidad de recuperación o a mi supervivencia de largo plazo, o al costo de los procedimientos .....[ ]
- 2. Si me encuentro bajo coma los cuales mis médicos han determinado razonablemente irreversible, Yo deseo que no utilicen tratamiento de supervivencia o de prolongación. (Además se deben utilizar las provisiones de NRS 449.535 a 449.690, incluidas, si este subpárrafo lleva iniciales .....[ ]
- 3. Si me encuentro con una enfermedad o condición terminal o incurable sin ninguna esperanza razonable de recuperación o cura, Yo deseo que no se utilicen tratamientos de supervivencia. (Además se deben utilizar las provisiones de NRS 449.535 a 449.690, incluidas, y sección 2 a 12, incluidas, si este subpárrafo lleva iniciales .....[ ]
- 4. No consentir o retirar nutrición artificial e hidratación puede provocar muerte por hambre o deshidratación. Deseo recibir hidratación y nutrición artificial a través del tracto gastrointestinal después de que todo otro tratamiento no haya sido consentido .....[ ]
- 5. No deseo que se proporcione o se continúe tratamiento si la carga del tratamiento pesa más que los beneficios esperados. Mi apoderado debe considerar aliviar el sufrimiento, la preservación o restauración de funcionamiento, y la calidad al igual que el punto de la posible extensión de mi vida. ....[ ]



2375 E. PRATER WAY  
SPARKS, NEVADA 89434

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE SOBRE LA LEY  
ESTATAL DE NEVADA  
CONCERNIENTE A INSTRUCCIONES PREVIAS**

Page 10 of 13  
Standard Register

FORM #10-43044 (02/07)

Patient Identification



CL0011

(Si desea cambiar sus respuestas, lo puede hacer dibujando una "X" en la respuesta que no desea, y circulando la respuesta que prefiere.)

Otras Declaraciones Adicionales que usted desea: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. DESIGNACIÓN DE APODERADO ALTERNO

(No se requiere que usted tenga un apoderado alterno pero lo puede tener. Cualquier apoderado alterno podrá tomar las mismas decisiones del cuidado de su salud que su apoderado designado en el párrafo a actuar como su apoderado. Además, si el apoderado designado en el párrafo 1 es su cónyuge, él o ella como apoderado pierde la designación si el matrimonio se disuelve.)

Si la persona designada en párrafo 1 como apoderado no puede tomar decisiones de salud por mí, entonces doy designación a las siguientes personas para actuar como apoderados para tomar decisiones de salud por mí como autorizado en este documento, tal persona ha de servir en la orden prescrita adelante.

A. Primer Apoderado Alterno

Nombre: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_

B. Segundo Apoderado Alterno

Nombre: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_

8. DESIGNACIONES ANTERIORES REVOCADAS

Yo revoco cualquier Poder de Representación Durable de Cuidado de Salud previo:

(ESTE PODER DE REPRESENTACIÓN DEBE LLEVAR FECHA Y FIRMARSE.)

Firmo mi nombre a este Poder de Representación Durable para el Cuidado de Salud el (fecha) \_\_\_\_\_ en (ciudad) \_\_\_\_\_, (Estado) \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(firma)



2375 E. PRATER WAY  
SPARKS, NEVADA 89434

INFORMACIÓN DEL PACIENTE SOBRE LA LEY  
ESTATAL DE NEVADA  
CONCERNIENTE A INSTRUCCIONES PREVIAS

Page 11 of 13  
Standard Register

FORM #10-43044 (02/07)



CL0011

Patient Identification

(ESTE PODER DE REPRESENTACIÓN NO SERÁ VALIDO PARA TOMAR DECISIONES DE SALUD A NO SER QUE (1) VAYA FIRMADO POR LO MENOS DOS TESTIGOS CALIFICADOS QUIENES USTED CONOCE Y SE ENCUENTREN PRESENTES CUANDO USTED FIRME O ELLOS RECONOZCAN SU FIRMA, O (2) LO RECONOZCAN ANTE UN NOTARIO PÚBLICO.)

**RECIBO DE RECONOCIMIENTO DE NOTARIO PÚBLICO**

(Usted Puede usar el reconocimiento ante un notario público en vez de la declaración de testigos.)

Estado de Nevada )

:ss:

Condado de \_\_\_\_\_ )

Este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ en el año \_\_\_\_\_, ante mí, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ personalmente se  
presentó \_\_\_\_\_ personalmente conocido por mí (o  
comprobado ser quien dijo a través evidencia satisfactoria) ser la persona cuyo nombre está suscrito en  
este instrumento, y da a saber que él o ella lo ha ejecutado. Declaro bajo penalidad o perjurio que la  
persona cuyo nombre se atribuye a este instrumento se encuentra de cabal juicio y no bajo coacción,  
fraude, o bajo influencia.

SELLO NOTARIAL

\_\_\_\_\_  
(Firma Del Notario Público)



2375 E. PRATER WAY  
SPARKS, NEVADA 89434

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE SOBRE LA LEY  
ESTATAL DE NEVADA  
CONCERNIENTE A INSTRUCCIONES PREVIAS**

Page 12 of 13  
Standard Register

FORM #10-43044 (02/07)



CL0011

Patient Identification

DECLARACIÓN DE TESTIGOS

(Usted debe leer y seguir cuidadosamente este procedimiento de testigos. Este documento no será válido a no ser que cumpla con el procedimiento de testigos. Si elige usar testigos en vez de obtener la notarisación de este documento, debe usar a dos testigos adultos calificados. Ningunos de los siguientes pueden actuar como testigos: (1) una persona que usted designe como apoderado; (2) a algún proveedor de cuidado de salud; (3) un empleado de cualquier proveedor de salud; (4) a un operador de una facilidad de cuidado de salud; (5) a algún empleado de un operador de una facilidad de salud. Por lo menos uno de los testigos tiene que hacer una declaración adicional indicada en el lugar donde el testigo firmó.)

Declaro bajo penalidad o perjurio que personalmente conozco al mandante, que el mandante firmó o dio a reconocer el Poder de Representación Durable en mi presencia, que el mandante parece estar bajo mente sana y no bajo coacción, fraude, o bajo influencia, y que yo no soy la persona designada como apoderado por este instrumento, y que yo no soy el proveedor de cuidado de salud, el operador de una facilidad comunitaria de cuidado. Ni un empleado de un operador de una facilidad de cuidado.

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

(POR LO MENOS UNO DE LOS TESTIGOS TIENE QUE FIRMAR LA SIGUIENTE DECLARACIÓN.)

Yo declaro bajo penalidad y perjurio que no soy pariente de sangre, por matrimonio, o adopción del mandante, y según mi mejor conocimiento no tengo derecho a ninguna parte del patrimonio del mandante bajo testamento o por operación de ley al momento de su muerte.

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Los nombres en letra de molde: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

COPIAS: Usted debe mantener una copia ejecutada de este documento y darle una a su apoderado. El Poder de Representación debe estar disponible para dar a los proveedores de cuidado de salud. Bajo NRS 449.628, un proveedor de salud puede trasladarle el cuidado del paciente a otro proveedor si el primer proveedor tiene objeción por parte de conciencia en la implementación de las instrucciones previas.



2375 E. PRATER WAY  
SPARKS, NEVADA 89434

INFORMACIÓN DEL PACIENTE SOBRE LA LEY  
ESTATAL DE NEVADA  
CONCERNIENTE A INSTRUCCIONES PREVIAS

Page 13 of 13  
Standard Register

FORM #10-43044 (02/07)

Patient Identification



CL0011