

Declaración Católica sobre la Toma de Decisiones para el Cuidado de la Salud

Instrucciones para mi cuidado de salud

Mi fe católica enseña que la vida humana es un regalo precioso de Dios. Nosotros no somos sus dueños, sino sus guardianes. Nadie debe atreverse jamás a adoptar un curso de acción o inacción que está dirigido a acelerar mi muerte, incluso si el motivo es aliviar mi sufrimiento. Después de haber pensado seriamente acerca de mis creencias y los principios que la Iglesia Católica enseña acerca de la toma de decisiones para el final de la vida, he establecido las siguientes instrucciones para mi cuidado, para aquellos que deben tomar decisiones en caso de que quede incompetente - es decir, incapaz de tomar estas decisiones por mí mismo. He elaborado este documento e intento revocar cualquier directiva de atención médica anterior o testamento en vida que yo haya ejecutado. Conservo el derecho de revocar este documento.

Apoyo espiritual

Solicito que mi familia, la comunidad parroquial y mis amigos me apoyen a través de la oración y el sacrificio, y que los sacramentos de la Iglesia estén disponibles para mí mientras me preparo para la muerte o enfrento una enfermedad grave. Me gustaría ver a un sacerdote católico romano y recibir el Sacramento de los enfermos (antes llamado "la extrema unción"), así como la confesión y la comunión.

Cuidado y tratamiento médico

Me gustaría recibir la atención médica y el tratamiento adecuado para mi condición, siempre y cuando sea útil y ofrezca una esperanza razonable de beneficio y no sea excesivamente gravoso para mí - es decir, no impone graves riesgos, dolor excesivo, costo prohibitivo, o alguna otra carga extrema. Me opongo a cualquier acto u omisión que por sí mismo o por intención puede causar mi muerte, incluso si es con el propósito de eliminar el sufrimiento. Ordeno que todas las decisiones sobre mi tratamiento y cuidado médico se hagan de acuerdo con las enseñanzas morales católicas que figuran en documentos como:

- *Atención para Pacientes en un Estado Vegetativo "Permanente"* (San Juan Pablo II, 20 de marzo de 2004),
- *Declaración sobre la Eutanasia* (Congregación para la Doctrina de la Fe, 1980), y
- *las Directivas Éticas y Religiosas para los Servicios Católicos de Cuidados de Salud*, (Conferencia de Obispos católicos, edición corriente al momento en que se toman las decisiones).

Comida y líquidos (nutrición e hidratación)

Si no soy capaz (incluso con ayuda) de tomar los alimentos y bebidas en forma oral, deseo que la nutrición e hidratación médicamente asistidas (MANH) me sean proporcionadas mientras tanto ellas sean capaces de sostener mi vida. MANH debe continuar, incluso si estoy en un estado vegetativo persistente. MANH debe suspenderse si es inútil (ya no es capaz de sostener mi vida). MANH debe interrumpirse si impone una carga excesiva para mí (riesgo grave, dolor excesivo, costos prohibitivos, o alguna otra carga extrema). MANH debe suspenderse si la muerte es inevitable y tan inminente que continuar con MANH se considera inútil.

Medicamentos para aliviar el dolor

Si mi condición incluye dolor físico, acepto recibir medicación para aliviar el dolor en dosis suficientes para controlar el dolor, incluso si tales dosis me hacen menos alerta o sensible, e incluso si el manejo de mi dolor de esta manera puede acortar mi vida. Ningún medicamento para el dolor se me debe dar con el fin de acelerar mi muerte.

Muerte inminente por enfermedad terminal

Si mi muerte por una enfermedad terminal está cercana, deseo rechazar tratamientos que sólo asegurarían una prolongación precaria y penosa de mi vida, siempre y cuando el cuidado ordinario que me corresponde continúe.

Embarazo

Si estoy embarazada, deseo que se adopten todos los medios para preservar y nutrir la vida de mi hijo no nacido, incluyendo la continuación de los procedimientos de mantenimiento de la vida.

.....

Firma

Fecha

Testigo

Testigo

Nota: Su agente de atención médica designado no puede servir como testigo de su declaración. No puede ser testigo alguien que se beneficiará de su muerte.

Nombramiento de mi Agente de Atención Médica

Yo, _____ por la presente designo y nombro a _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad / Estado / Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Trabajo: _____

Celular: _____ Correo Electrónico: _____

como mi agente de atención médica para tomar decisiones de atención de salud para mí, en caso de ser diagnosticado en estado de coma, incompetente, o de otra forma incapaz mental o físicamente de comunicarme. Mi agente no debe ser un propietario, operador o empleado de un centro de atención médica del que estoy recibiendo atención de salud, o un pariente inmediato del propietario de dicha instalación, operador o empleado. Mi representante debe tomar decisiones por mí sólo por la duración de mi incompetencia.

He discutido cuidadosamente mis preferencias para el tratamiento médico con el agente antes mencionado y yo he dirigido a mi agente para elegir en mi nombre el curso apropiado de tratamiento o no tratamiento que sea consistente con las precedentes "Instrucciones para mi cuidado de salud". Yo le ordeno a mi agente y a todos los que me asistan no aprobar ni comprometerse con cualquier acción u omisión que tenga la intención de causar mi muerte. En todas las decisiones con respecto a mi atención de salud, instruyo a mi agente para que actúe de conformidad con la doctrina católica. No obstante lo anterior, o cualquier otra disposición de este documento, no tengo intención de que cualquier persona que no sea mi agente tenga el derecho de intervenir en las decisiones sobre mi cuidado de salud, incluyendo iniciar o unirse en cualquier procedimiento judicial.

Si la persona nombrada como mi agente no está disponible o no es capaz de actuar como mi agente de atención médica, yo nombro a las siguientes personas para actuar en mi nombre.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad / Estado / Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____

Celular: _____

Firma _____ Fecha _____

Testigo _____ Testigo _____

Nota: Su agente de atención médica designado no puede servir como testigo de su declaración. No puede ser testigo alguien que se beneficiará de su muerte.

Autorización y consentimiento bajo HIPAA

Esta directiva anticipada es mi autorización directa y consentimiento bajo la Ley federal de Portabilidad de Seguro de Salud y Responsabilidad (HIPAA) de 1996, como fue enmendada, y sus reglamentos. Yo renuncio a todos mi derechos a la privacidad bajo todas las leyes federales y estatales y designo a mi agente como mi representante personal bajo HIPAA, con el fin de solicitar, recibir, utilizar, divulgar, modificar, o de otra manera tener acceso a toda mi información personal de salud identificable individualmente. Autorizo a cualquier proveedor de atención médica para entregar a mi agente o a cualquier persona designada por mi agente, todos los registros médicos de cualquier naturaleza, registros de salud mental, estados de cuenta, películas radiológicas, material de patología, fotografías, vídeos y otra información sobre mí. Esta directiva anticipada también autoriza a cualquier proveedor de cuidado de salud para hablar y revelar oralmente a mi agente y a cualquier persona designada por mi agente, cualquier información sobre mi diagnóstico, atención, tratamiento, pronóstico y opiniones sobre mí. Es mi intención expresa que, en la mayor extensión permitida por la ley, la autorización y el consentimiento otorgado en este documento sean efectivos durante el tiempo que esta directiva anticipada sea efectiva.

Certificación notarial opcional

(La certificación notarial no se requiere en Maryland, pero se recomienda para aquellos que viajan a otros estados. Puede ser prudente, después de haber llenado la Declaración, pero antes de firmarla y que lo hayan atestiguado dos personas, hacer una serie de copias para varios centros hospitalarios o de atención de salud. Luego firme cada una de ellas como un original y que lo haga cada testigo en presencia de un notario.)

Jurado y suscrito a mí este día _____ de _____, del 20_____

Mi mandato expira: _____ (Notario)