

Directiva católica de cuidado de salud de Minnesota

La siguiente es la Directiva católica de cuidado de salud de Minnesota. Es una directiva anticipada a través de la cual usted puede nombrar un agente de cuidado de salud y expresar sus deseos de apoyo espiritual, atención y tratamiento médico, medicamentos para aliviar el dolor y, en caso de que no pueda ingerir alimentos o bebidas por vía oral, nutrición e hidratación médicamente asistidas.

- Lea atentamente la directiva anticipada.
- Converse sobre sus deseos con una persona que le gustaría designar como agente de cuidado de salud y con otras personas a quienes consideraría nombrar como agentes de cuidado de salud alternativos.
- Complete la directiva anticipada, pero no la firme todavía.
- Pídales a dos personas que sean sus testigos cuando firme la directiva anticipada O haga que un notario verifique su firma. Si planea viajar a otros estados, se recomienda que certifique la directiva anticipada ante un notario.
- Después de haber completado la directiva anticipada debe hacer varias copias para sus proveedores de cuidado de salud y los centros a los que podrían mandarlo para recibir tratamiento. Recuerde, es posible que deba presentar la directiva anticipada en varios hospitales, centros de cuidado de salud y centros de vivienda.

Instrucciones para el cuidado de mi salud:

La fe católica enseña que la vida humana es un don precioso de Dios. No somos sus dueños sino sus custodios. Nadie debe jamás pretender adoptar un curso de acción o inacción que tenga como objetivo acelerar mi muerte, incluso si el motivo es aliviar mi sufrimiento. Habiendo pensado seriamente en mis creencias y los principios que la Iglesia católica enseña sobre la toma de decisiones al final de la vida, he establecido las siguientes instrucciones sobre mi cuidado para aquellos que tienen que tomar decisiones por mí en caso de que me vuelva incompetente, es decir, incapaz de tomar estas decisiones por mí mismo(a). He ejecutado este documento y tengo la intención de revocar cualquier directiva de cuidado de salud o testamento vital anterior que haya ejecutado. Me reservo el derecho de revocar este documento.

Apoyo espiritual

Solicito que mi familia, comunidad parroquial y 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. Deseo ver a un sacerdote católico romano y recibir el Sacramento de los Enfermos (anteriormente llamado "últimos ritos"), así como la Confesión y la Comunión.

Atención médica y tratamiento

Deseo recibir atención ordinaria y proporcionada como medio para preservar mi vida. Medios proporcionados son aquellos que ofrecen una esperanza razonable de beneficio y no implican una carga excesiva para mí; es decir, no imponen riesgos graves, dolor excesivo, costos prohibitivos o alguna otra carga extrema. Me opongo a cualquier acto u omisión que, por sí mismo o por intención, cause mi muerte, incluso con el fin de eliminar el sufrimiento. Ordeno que todas las decisiones sobre mi tratamiento y atención médica se tomen de acuerdo con las enseñanzas morales católicas contenidas en documentos tales como:

- *El Discurso de San Juan Pablo II el 20 de marzo de 2004 sobre la atención a pacientes en "estado vegetativo permanente"*
- *Declaración sobre la eutanasia* (Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, 1980)
- *Directivas éticas y religiosas para organizaciones católicas de servicios médicos y de cuidado de salud* (Conferencia de Obispos Católicos de los Estados Unidos, edición vigente en el momento en que se toman las decisiones)

Muerte inminente por enfermedad terminal

Si mi muerte a causa de una enfermedad terminal está próxima, deseo rechazar un tratamiento que sólo aseguraría una prolongación precaria y gravosa de mi vida, con tal que continúen los cuidados ordinarios que me corresponden.

Alimentos y líquidos (nutrición e hidratación)

Si no puedo (ni siquiera con ayuda) tomar alimentos y bebidas por vía oral, deseo que se me proporcione nutrición e hidratación médicamente asistidas (MANH por sus siglas en inglés), a menos que no se pueda esperar razonablemente que prolonguen la vida o cuando sean excesivamente gravosas. Incluso si estoy en un estado vegetativo persistente, se debe continuar con MANH. Se debe suspender MANH si me impone cargas excesivas (riesgo grave, dolor excesivo o alguna otra carga extrema), o si la muerte es inevitable y tan inminente que continuar con MANH se considera una atención desproporcionada.

Medicamentos para aliviar el dolor

Si mi condición incluye dolor físico, deseo recibir medicamentos para aliviar el dolor en dosis adecuadas y suficientes para controlar el dolor. No se me debe dar ningún analgésico con el fin de acelerar mi muerte.

El embarazo

Si estoy embarazada, deseo que se tomen medidas para preservar y nutrir la vida de mi hijo por nacer, incluida la continuación de los procedimientos de mantenimiento vital para el niño.

Iniciales _____

Designación de mi agente de cuidado de salud (Opcional pero recomendado)

Yo (principal), _____ por la presente designo y nombro:

Nombre (agente): _____ Relación: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

como mi agente de cuidado de salud para tomar decisiones de cuidado de salud por mí en caso de que me diagnostiquen comatoso(a), incompetente o incapaz de comunicarme mental o físicamente. Mi agente no debe ser propietario, operador o empleado de un centro de cuidado de salud del cual recibo atención médica, ni un pariente inmediato del propietario, operador o empleado de dicho centro. Mi agente debe tomar decisiones por mí sólo mientras dure mi incompetencia. He comunicado cuidadosamente mis preferencias de tratamiento médico con el agente mencionado anteriormente y le ordeno a mi agente que elija en mi nombre el curso apropiado de tratamiento o no tratamiento que sea consistente con las "Instrucciones para el cuidado de mi salud" anteriores. Le encargo a mi agente y a todos los que me asisten que no aprueben ni cometan acción u omisión alguna que, por sí misma o por intención, cause mi muerte. En todas las decisiones relacionadas con el cuidado de mi salud, instruyo a mi agente a actuar de acuerdo con la enseñanza católica. Sin perjuicio de lo anterior o de cualquier otra disposición de este documento, no pretendo que ninguna persona que no sea mi agente tenga derecho a intervenir en decisiones sobre mi cuidado de salud, incluido el inicio o la participación en cualquier procedimiento judicial. Si la persona nombrada como mi agente no está disponible o no puede actuar como mi agente de cuidado de salud, nombro a las siguientes personas para que actúen en mi nombre.

Agente alternativo (opcional)

Nombre (agente): _____ Relación: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____

Validación (requerida):

Se requiere la validación. Hay dos opciones de validación: 1) dos testigos o 2) certificación notarial. Se requiere la firma de la personal principal para cualquiera de las opciones. El principal sólo deberá firmar en presencia de los dos testigos o del notario.

Firma (Principal) _____ Nombre impreso _____ Fecha _____

Opción de validación 1: Dos testigos

Firma (Testigo #1) _____ Nombre impreso _____ Fecha _____

Firma (Testigo #2) _____ Nombre impreso _____ Fecha _____

Nota: Su(s) agente(s) de cuidado de salud designado(s) no pueden actuar como testigos de su directiva anticipada. Un testigo no debe ser alguien que se beneficie económicamente de su muerte.

Opción de validación 2: Certificación notarial

Minnesota no exige la certificación notarial pero se recomienda para quienes viajan a otros estados. Nuevamente, si está certificado ante un notario, no es necesario tener otros testigos.

Jurado y suscrito ante mí este _____ día del mes de _____ de 20 _____ Mi comisión vence:

(Notario)

Autorización y consentimiento según HIPAA

Esta directiva anticipada es mi autorización y consentimiento directo según la Ley federal de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996, según enmendada, y sus regulaciones. Renuncio a todos los derechos a la privacidad bajo todas las leyes federales y estatales y designo a mi agente como mi representante personal según HIPAA, con el fin de solicitar, recibir, usar, divulgar, modificar o tener acceso a mi información de salud personal e individualmente identificable. Autorizo a cualquier proveedor de cuidado de salud a divulgar 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, radiografías, material de patología, fotografías, videos y otra información sobre mí. Esta directiva anticipada también autoriza a cualquier proveedor de atención médica a 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 medida permitida por la ley, la autorización y el consentimiento proporcionados en este documento serán efectivos mientras esta directiva anticipada esté vigente. Mi agente puede utilizar mi información personal de salud sólo con el fin de tomar decisiones de cuidado de salud en mi nombre.