

Planificación anticipada de atención

Preparación para futuras decisiones sobre su atención

Parte de vivir bien o ayudar a alguien con una enfermedad grave a vivir bien, implica adaptarse a sus necesidades a medida que la enfermedad progresa. Durante este tiempo, es importante que usted y sus seres queridos hablen sobre sus creencias, valores y deseos de atención al final de la vida.

¿Qué es la planificación anticipada de atención?

La planificación anticipada de atención le permite compartir sus deseos con sus seres queridos y proveedores de atención. Esto le da la tranquilidad de que sus deseos serán respetados si llega el momento en que no puede hablar por sí mismo. También ayuda a aliviar la ansiedad de sus seres queridos que tomarán decisiones importantes sobre su atención.

La planificación anticipada de atención incluye:

- Aprender sobre los tratamientos de soporte vital, que incluyen dar nutrición y líquidos, usar una máquina de respirar (*ventilador*), reanimación, cirugía y más.
- Hablar con sus seres queridos sobre sus valores personales y creencias espirituales sobre la muerte y el proceso de morir.
- Decidir a quién desea nombrar para hablar por usted y tomar decisiones sobre su atención si no puede hacerlo por sí mismo.
- Decidir cuáles tratamientos médicos le gustaría recibir si ya no puede tomar decisiones por sí mismo.
- Preparar documentos legales de sus preferencias al final de su vida y entregar copias a los proveedores de atención médica.



¿Cuáles formularios necesito?

Estos son algunos de los formularios incluidos en la planificación anticipada:

- **Testamento vital:** este formulario legal explica sus deseos de recibir tratamiento médico si no puede hablar por sí mismo. Entregue copias de este formulario a los miembros de su familia y a cada uno de sus proveedores de atención médica. En el estado de Washington, un testamento vital no necesita ser notariado. Solicite el formulario en blanco a su asistente social.
- **Poder médico:** este formulario legal le permite designar a una persona de confianza para que tome decisiones médicas por usted, si no puede tomarlas por sí mismo. Esta persona debe conocer sus deseos y estar dispuesta a aceptar este papel. En el estado de Washington, este formulario no necesita ser notariado. Solicite el formulario en blanco a su asistente social.



Use la cámara de su teléfono para obtener
una copia digital de este folleto.

- **Poder financiero/duradero:** puede nombrar a una persona de confianza para que sea su poder notarial financiero/duradero. Esta persona tiene derecho a tomar decisiones financieras en su nombre cuando usted no pueda tomarlas por sí mismo. Si tiene varias cuentas bancarias, debe entregar una copia de este formulario a cada banco o institución financiera. En el estado de Washington, este formulario **sí** debe ser notariado. Solicite el formulario en blanco a su asistente social.
- **Testamento:** el testamento es un documento legal que dice lo que quiere que se haga con su propiedad, dinero y otros bienes después de la muerte. También describe un plan para el cuidado de sus hijos, si es necesario. Si no tiene un testamento por escrito, las leyes estatales pueden decidir cómo se transmiten su dinero y el cuidado sus hijos a los miembros de la familia. Muchas personas contratan a un abogado para que les ayude a redactar el testamento, pero también puede encontrar ejemplares en línea. Un testamento **sí** debe ser notariado.
- **POLST - Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (Órdenes del médico para el tratamiento de soporte vital):** Este formulario indica sus deseos de tratamiento si está gravemente enfermo. La ley estatal requiere que todos los proveedores de atención médica sigan estas órdenes cuando le brinden atención. Esta atención puede ser en un hospital, hogar de ancianos, centro de vida asistida, su propio hogar o brindada por paramédicos. Usted y su proveedor llenan un formulario *POLST* basado en sus objetivos de atención. Ambos deben firmar el formulario. No reemplaza otras directivas anticipadas. Siempre necesitará esos formularios si desea nombrar a un representante legal que pueda tomar decisiones de atención médica en su nombre. Solicite el formulario *POLST* en blanco a su proveedor.

¿Preguntas?

Sus preguntas son importantes. Solicite a su médico o proveedor de atención médica que desea comunicarse con el asistente social que pueda ayudarle a responder sus preguntas o inquietudes.

Nombre y número de su proveedor o asistente social: _____