

Cómo tomar mis propias decisiones de atención médica

Para personas con discapacidades

INSTRUCCIONES

El objetivo de esta carta es ayudar a más personas con discapacidades a tomar sus propias decisiones sobre su salud.

La carta puede:

- » explicarle a sus médicos cómo toma decisiones;
- » explicar cómo actúa cuando está molesto, preocupado o confundido;
- » explicar qué puede hacer el médico si usted está molesto, preocupado o confundido;
- » decirle al médico cuándo necesita ayuda para tomar decisiones y cuándo no;
- » explicar que usted quiere que otra persona tome decisiones por usted solamente en caso de que usted no pueda tomar decisiones por sí mismo, con ayuda.

Para usar esta carta:

1. Lea la carta y decida si necesita ayuda para entenderla o completarla.
2. Haga una línea sobre cualquier parte de la carta que no desee.
3. Complete las partes de la carta en las que no trazó ninguna línea.
4. Firme la carta.
5. Comparta la carta con sus personas de apoyo.
6. Pídale a sus personas de apoyo que firmen la carta.
7. Deles una copia de la carta a cada uno de sus médicos.
8. Pregúnteles a los médicos si tienen alguna pregunta sobre la carta.



Llame a su división local de The Arc o al programa de defensoría y protección del estado si necesita ayuda.

Esta carta puede usarse como un acuerdo de apoyo para la toma de decisiones.

Cualquier persona puede firmar un acuerdo de apoyo para la toma de decisiones.

Un acuerdo de apoyo para la toma de decisiones es un formulario que describe cuándo desea ayuda para tomar sus propias decisiones. También dice quién quiere que le ayude.

Algunos estados tienen su propio acuerdo de apoyo para la toma de decisiones que quizás usted quiera usar.

Esta carta no puede usarse como un poder notarial para atención médica.

Un poder notarial es un documento que permite a otra persona tomar decisiones por usted cuando usted no puede tomarlas por sí mismo.

Usted decide quién quiere que sea esa persona. Puede elegir a una persona de su confianza.

También puede cambiar de opinión. Puede elegir a otra persona, o puede decidir no tener ningún poder notarial.

Cada estado tiene su propio formulario de poder notarial. Usted debe usar el formulario de su estado.

Algunos estados tienen distintos términos para un poder notarial para atención médica, pero significan lo mismo. El poder notarial para atención médica de su estado puede llamarse:

- » Poder notarial médico
- » Poder para atención médica
- » Representante de atención médica
- » Sustituto para atención médica
- » Directiva anticipada para atención médica
- » Defensor para decisiones de atención médica

Un poder notarial es distinto de la tutela porque usted elige firmar un poder notarial y usted elige la persona que podría tomar sus decisiones.

En una tutela, un tribunal decide que usted no puede tomar sus propias decisiones. El tribunal elegirá su tutor.

Los poderes notariales y la tutela pueden ser difíciles de entender.



Llame a su división local de The Arc o al programa de defensoría y protección del estado si tiene preguntas sobre poderes notariales o sobre la tutela.

De todas maneras, puede usar esta carta aunque tenga un poder notarial. Puede adjuntar esta carta en su formulario de poder notarial del estado.

Podría ayudarles a sus médicos a decidir cuándo usted puede tomar sus propias decisiones y cuándo alguien más debería tomar la decisión.



Cómo tomar mis propias decisiones de atención médica

Una carta para mis médicos

Fecha de hoy: _____

Estimados médicos y demás proveedores de atención médica:

Esta carta le explica cómo ayudarme a tomar mis propias decisiones sobre mi salud.

También detalla quién quiero que me ayude a tomar decisiones. Esas personas se llaman mis "personas de apoyo".

A veces, necesito ayuda para tomar decisiones, pero eso no significa que no pueda tomar mis propias decisiones.

1. A veces, mi persona de apoyo me acompañará a mi cita. Le pido que me hable a mí, no a mi persona de apoyo.
2. A veces, mi proveedor me acompañará a mi cita. Mi proveedor es una persona de una agencia que me brinda servicios por mi discapacidad. Le pido que me hable a mí, no a mi proveedor. Él/ella no toma decisiones por mí.
3. Explique las cosas de tal forma que pueda entenderlas.
4. Pregúnteme si tengo dudas.
5. Asegúrese de que yo entienda lo que está diciendo.
6. Deme la información importante por escrito. Asegúrese de que esté escrita de tal forma que pueda comprenderla.
7. Pregúnteme si me gustaría hablar con mi persona de apoyo.
8. Deme tiempo para pensar en lo que está diciendo.
9. Deme tiempo para hablar con mi persona de apoyo, si lo necesito.
10. Mi persona de apoyo puede hacer preguntas para ayudarme a entender mi decisión.
11. Mi persona de apoyo puede ayudarme a decirle cuál es mi decisión.
12. Respete mi decisión.

Es probable que tarde más en tomar una decisión si estoy molesto, preocupado o confundido.

Describa aquí cómo el médico sabrá que usted está molesto, preocupado o confundido.

Si parezco molesto, preocupado o confundido, puede:

- » hablar conmigo con calma hasta que esté listo para tomar una decisión;
 - » preguntarme si quiero hablar con mi persona de apoyo;
 - » preguntarme si quiero reprogramar la cita para otro día.
 - » Otro [describa aquí]:
-
-
-

QUIERO QUE LAS SIGUIENTES PERSONAS SEAN MIS PERSONAS DE APOYO.

Agregaré páginas si tengo más de dos personas de apoyo.
Trazaré una línea en las secciones que no desee.

Persona de apoyo 1

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Esta persona de apoyo puede ayudarme hacer citas con mi médico. Sí No

Esta persona de apoyo puede hablar con mis médicos aunque yo no esté presente. Sí No

Si la respuesta es "sí", bríndeme el formulario que debo firmar.

Esta persona de apoyo puede ver mis registros médicos. Sí No

Si la respuesta es "sí", bríndeme el formulario que debo firmar.

Esta persona de apoyo puede ayudarme con las preguntas sobre el seguro. Sí No

Esta persona de apoyo NO PUEDE hacer estas cosas.

Persona de apoyo 2

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Esta persona de apoyo puede ayudarme hacer citas con mi médico. Sí No

Esta persona de apoyo puede hablar con mis médicos aunque yo no esté presente. Sí No

Si la respuesta es "sí", bríndeme el formulario que debo firmar.

Esta persona de apoyo puede ver mis registros médicos. Sí No

Si la respuesta es "sí", bríndeme el formulario que debo firmar.

Esta persona de apoyo puede ayudarme con las preguntas sobre el seguro. Sí No

Esta persona de apoyo NO PUEDE hacer estas cosas.

Tengo un poder notarial para atención médica:

Sí (pídame una copia)

No

Solo quiero que otra persona tome decisiones de atención médica por mí si yo no puedo tomarlas por mí mismo, aunque sea con ayuda.

Otra persona puede tomar decisiones de atención médica por mí siempre y cuando yo no pueda tomarlas por mí mismo.

Los médicos deben cumplir con la ley de mi estado para decidir cuándo no puedo tomar mis propias decisiones.

Los médicos que me entiendan a mí y mi discapacidad deben ayudar a tomar una decisión cuando yo no pueda hacerlo, aunque sea con ayuda.

En caso de emergencia, comuníquese con:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Marque una casilla:

Leí y comprendí esta carta.

Otra persona me leyó esta carta. Entiendo lo que la carta dice.

Mi firma: _____

Mi nombre: _____

Mi dirección: _____

Mi número de teléfono: _____

Mi dirección de correo electrónico: _____

Mi fecha de nacimiento: _____

Persona de apoyo 1: acepto ayudar a esta persona a tomar decisiones de atención médica de la forma que él/ella lo pidió.

Firma de la persona de apoyo 1

Fecha de hoy

Persona de apoyo 2: acepto ayudar a esta persona a tomar decisiones de atención médica de la forma que él/ella lo pidió.

Firma de la persona de apoyo 2

Fecha de hoy