



Care and Choice at the End of Life

Nuestra Voz Nuestras Historias:
Voces de empoderamiento rompiendo barreras en las opciones de
Fin de Vida para la Comunidad Latina en Armonía Cultural.

Visión y Compromiso™
21ª CONFERENCIA ANUAL
21st ANNUAL CONFERENCE

María Otero

Directora de Poblaciones Prioritarias

Leslie Martínez

Gerente de Compromiso Latino

Mónica Toquinto

Promotora de Salud

16 de noviembre 2023



Objetivos:

- Proporcionar un entendimiento sobre la importancia de una Planificación Anticipada de Cuidados de Salud y de las diversas partes de una Declaración de Voluntad Anticipada de Cuidados Médicos.
- Crear confianza en la capacidad del participante para completar la forma y que puedan platicar con sus clientes de la forma apropiada.
- Ampliar el conocimiento sobre qué son los cuidados paliativos y el uso de un hospicio.
- Proveer las herramientas de fin de vida y recursos que Compassion & Choices tiene disponibles para Latinos.
- Promover pláticas sobre los valores personales y deseos para una crisis de salud, tanto en sus vidas propias, así como la de sus clientes.

Apoyamos, informamos y somos defensores.



Compassion & Choices es la organización sin fines de lucro, más antigua, más grande y más activa del país, que trabaja para mejorar los cuidados de salud para fin de vida.

Durante más de 40 años, se ha buscado el cambio de actitudes, así como de prácticas y políticas para que todas las personas puedan tener acceso a la información que necesiten.

Compassion & Choices

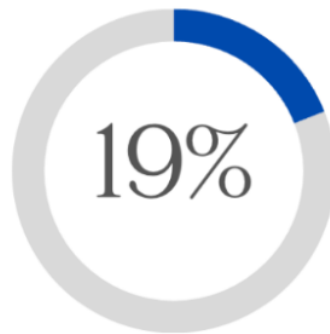
2022 en Cifras



Cada vez somos más: Estadísticas de Latinos

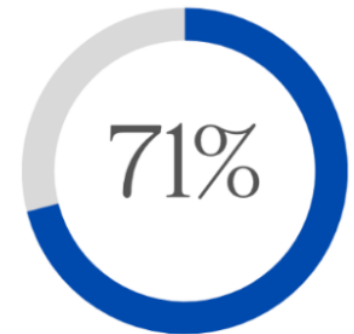
Hispanos/ Latinos

Representan de la población
en los Estados Unidos

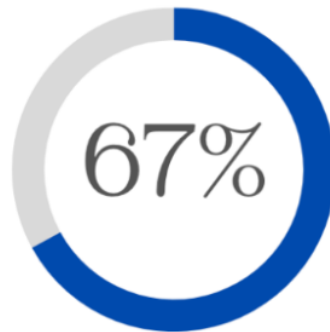


Hispanos habla un idioma diferente al inglés en casa

28,4 % de los hispanos
afirma que no habla inglés
con fluidez



Hispanos son nacidos en EUA



Hispanos vacunados COVID-19



Estadísticas de Latinos

ESTADÍSTICAS ACERCA DE SALUD

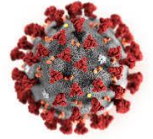


10.8 millones de Latinos no cuentan con seguro de salud



4 millones de Latinos cuentan con cobertura de salud del ACT

Disparidades durante COVID-19



Impacto desproporcionado en Latinos durante COVID-19

	% de personas	% de muertes de COVID-19
Utah	14%	38%
Oregon	13%	31%
New Jersey	19%	30%

* Cifras de CDC 2020

Hospitalización y muerte por Raza / Etnicidad

Tasas comparadas a personas blancas, no hispanas.	Indios Americanos, Nativos de Alaska y personas no hispanas	Asiáticos, y personas no hispanas	Afroamericanos, y personas no hispanas	Hispanos o Latinos
Casos	1.7x	0.7x	1.1x	1.9x
Hospitalizaciones	3.5x	1.0x	2.8x	2.8x
Muertes	2.4x	1.0x	2.0x	2.3x

* Cifras de CDC 2019

Disparidades en los cuidados de fin de vida y en la planificación



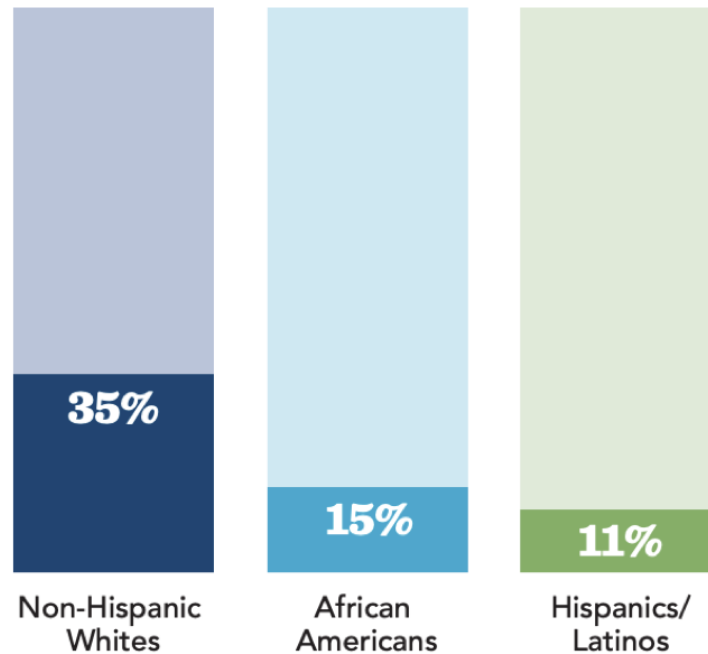
Factores que hacen posibles estas disparidades



cualquiera de estas razones o todas juntas pueden conducir a la falta de igualdad o inequidades en el final de la vida y la planificación

Disparidades
en los cuidados
de fin de vida y
en la
planificación

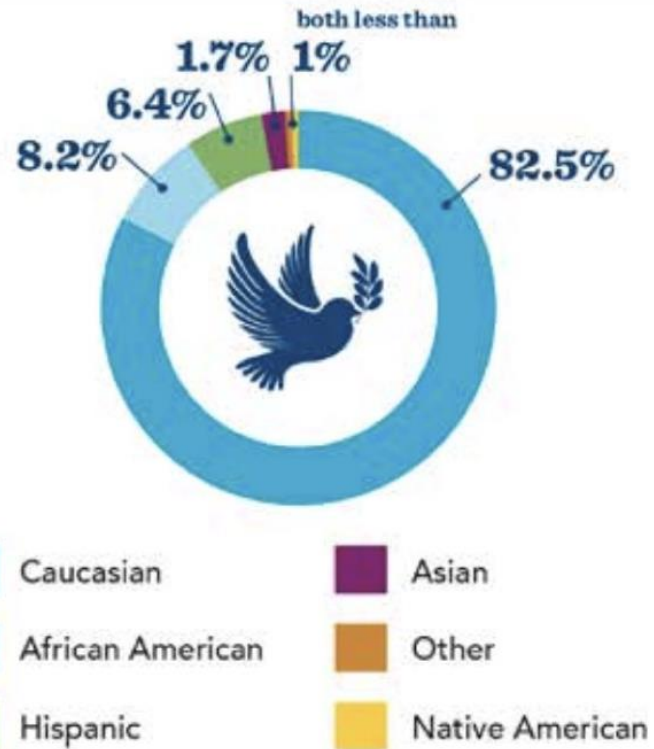
DESEO EN ESCRITO AL FINAL DE LA VIDA POR RAZA



Kaiser Family Foundation View and Experience with End-of-Life Medical Care in the U.S. April 27, 2017.

Disparidades
en los
cuidados de
fin de vida y
en la
planificación

PACIENTES DE HOSPICIO POR RAZA



National Hospice and Palliative Care Organization's Fact and Figures:
Hospice Care in American 2018 Edition.

Cambio en los cuidados de Salud

Antes del Siglo XX



Los cuidados de salud eran llamados cuidados paliativos

En el Siglo XX



Los cuidados de salud se convirtieron en lo que hoy conocemos como “medicina moderna”

Obligación de la medicina en los Estados Unidos:

1) Hacerlo todo

2) Para todos

3) Siempre



En el 2023, los cuidados de salud para fin de vida y cuidados paliativos, pueden asemejarse a esto....

¿Por qué existen estas disparidades?

- Discriminación y sesgo del proveedor de salud
- valores personales y espirituales (religiosos)
- Frustración por el sistema de salud basado en disparidades
- Actitud negativa de lo que representa un hospicio o asilo
- Falta de comunicación entre proveedores de salud y pacientes sobre las opciones de fin de vida, incluyendo el tema de hospicio o asilo
- Menor acceso y consistencia a una mejor calidad de servicios de salud por cuestiones socioeconómicas.
- Rechazo a hablar sobre la muerte (VIDEO)

Video 2: Rev. Ignacio Castuera



¿Cuáles son las opciones de tratamientos?

- Buscar Tratamientos para Preservar la Vida
- Rechazar Tratamientos Médicos
- Descontinuar Tratamientos Médicos
- Cuidados de Fin de Vida conocidos en Estados Unidos como *Hospicio*
- VSED o Dejar de Comer y Beber Voluntariamente
- Sedación Profunda Continua
- Ayuda Médica Para Morir *

*Ley disponible en 10 Estados y en el Distrito de Columbia: Oregón, Washington, Montana, Vermont, California, Colorado, Hawaii, Nueva Jersey, Nuevo Mexico y Maine.



Video 3 Silverio Perez:1:37

¿Qué es el cuidado paliativo?

La definición de cuidado paliativo es:

"hacer que una enfermedad o sus síntomas sean menos graves o angustiantes sin eliminar la causa"

El cuidado paliativo aliviará o "paliará" los síntomas y mejorará su calidad de vida.



[Video 2](#) Rev. Ignacio Castuera

Qué son los cuidados paliativos?



Los cuidados paliativos forman parte de un tratamiento integral para el cuidado de las molestias, los síntomas y el estrés de toda enfermedad grave. No reemplazan el tratamiento primario, sino que contribuyen al tratamiento primario que recibe. Su meta es evitarle y aliviarle el sufrimiento, y mejorarle la calidad de vida.

Los cuidados paliativos ofrecen:

- tratamiento especializado para aliviar lo más posible el dolor y otros síntomas;
- diálogo abierto sobre las opciones terapéuticas, que incluyen el tratamiento de su enfermedad y el control de los síntomas;
- coordinación de la atención con todos sus proveedores de atención médica;
- apoyo emocional para usted y su familia.

Dominios de los cuidados paliativos y recomendaciones de la Guía del Panel de Consenso Nacional*



Cuidados Paliativos vs. Hospicio





Menos de 1 de cada 5 hispanos tienen directivas de atención médica ..

...y solo el 37% de los hispanos inscritos en Medicare utilizan cuidados paliativos.

Planificación Anticipada de Cuidados de Salud

– ¿Por dónde empezar? –

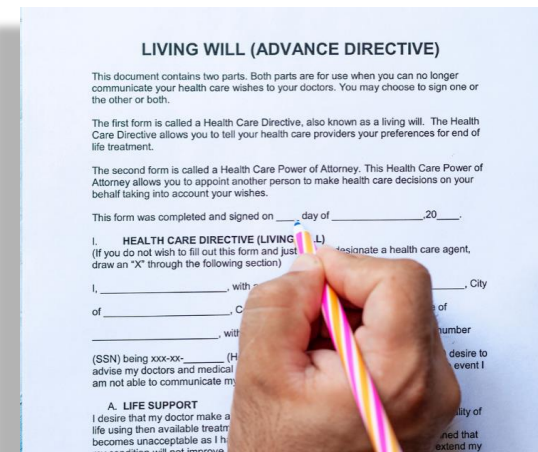
Medidas Efectivas:

- Reconocer y manejar las barreras para acoplarse al proceso de Planificación Anticipada.
- Cambio de enfoque en la toma de decisiones para fin de vida, al llenar los formularios que también **facilitan las conversaciones sobre sus valores y preferencias personales.**
- Considere la planificación anticipada de cuidados médicos como un **proceso de rutina**, y **no como un evento individual** diseñado para obtener un resultado.



Documentos para Planificación Anticipada de Cuidados de Salud

- 1) Testamento Vital
- 2) Poder para Cuidados de Salud
- 3) Anexo al Documento de Planificación Anticipada de Cuidados de Salud



LIVING WILL (ADVANCE DIRECTIVE)

This document contains two parts. Both parts are for use when you can no longer communicate your health care wishes to your doctors. You may choose to sign one or the other or both.

The first form is called a Health Care Directive, also known as a living will. The Health Care Directive allows you to tell your health care providers your preferences for end of life treatment.

The second form is called a Health Care Power of Attorney. This Health Care Power of Attorney allows you to appoint another person to make health care decisions on your behalf taking into account your wishes.

This form was completed and signed on ____ day of _____, 20____.

I. HEALTH CARE DIRECTIVE (LIVING WILL)
(If you do not wish to fill out this form and just designate a health care agent, draw an "X" through the following section)

I, _____, with _____, City of _____, C _____, of _____, with _____, number (SSN) being xxx-xx-_____. (H _____ desire to advise my doctors and medical _____ event I am not able to communicate my _____)

A. LIFE SUPPORT
I desire that my doctor make a _____ ability of life using then available treatm _____ ned that becomes unacceptable as I h _____ ned that my condition will not improve _____ extend my

Documentos de Planificación Anticipada de testamento vital



Video 5 Rev. Ignacio Castuera. 0.55

Preguntas importantes:

- **¿Qué** tipo de cuidados médicos le gustaría recibir en el caso que padeciera un inesperado evento en donde no tuviera pudiera decidir por sí mismo(a), sin probabilidad de recuperarse?
- ¿Desearía continuar con tratamientos médicos que prolonguen su vida?
- **¿Quién** tomará decisiones médicas por usted?

¿Quién debe tener una Declaración de Voluntad Anticipada de Cuidados de Salud?

- Cualquier persona mayor de 18 años
- No espere a envejecer o a enfermarse
- Los deseos pueden cambiar varias veces durante el transcurso de nuestra vida

Documentos de Planificación Anticipada de Cuidados de Salud - Recomendaciones

- Coloque en el refrigerador el POLST u Órdenes Médicas para el Mantenimiento de Vida
- Dele una copia a su representante y cualquier anotación que tenga
- Traiga siempre una tarjeta tamaño cartera.
- Tenga una copia en la guantera de su coche
- Lleve una copia al hospital y su Iglesia, para que se mantenga en sus registros (en caso de salud delicada).



The image shows two identical forms titled "In Case of Emergency". Each form has the following fields: My Name is, Address, Primary Contact: Name, Relationship, Secondary Contact: Name, Relationship, Allergies, Blood Type, Medical Conditions, and Primary Physician/Records Office: Name, Phone. The forms are partially overlapping and appear to be on a wooden surface.



POLST (Órdenes Médicas para el Mantenimiento de Vida)

Particularmente útil para:

- Personas mayores y frágiles, especialmente aquellas que se encuentran en cualquier instalación médica
- Cualquier persona con una o más enfermedades crónicas progresivas.
- Cualquier persona con una enfermedad terminal (pacientes de hospicio, como se llama en Estados Unidos)
- Cualquier persona cuya "muerte que ocurra en los próximos 12 meses, no sería sorpresa"
- Otras personas interesadas en definir sus cuidados para fin de vida.



Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST)

First follow these orders, then contact physician. This is a Physician Order Sheet based on the person's current medical condition and wishes. Any section not completed implies full treatment for that section. Everyone shall be treated with dignity and respect.

EMSA #111 B
(Effective 1/1/2009)

Last Name	
First/Middle Name	
Date of Birth	Date Form Prepared

A CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR): *Person has no pulse and is not breathing.*

Attempt Resuscitation/CPR Do Not Attempt Resuscitation/DNR (Allow Natural Death)
(Section B: Full Treatment required)

When not in cardiopulmonary arrest, follow orders in **B** and **C**.

B MEDICAL INTERVENTIONS: *Person has pulse and/or is breathing.*

Comfort Measures Only Use medication by any route, positioning, wound care and other measures to relieve pain and suffering. Use oxygen, suction and manual treatment of airway obstruction as needed for comfort. Antibiotics only to promote comfort. **Transfer if comfort needs cannot be met in current location.**

Limited Additional Interventions Includes care described above. Use medical treatment, antibiotics, and IV fluids as indicated. Do not intubate. May use non-invasive positive airway pressure. Generally avoid intensive care.

Do Not Transfer to hospital for medical interventions. **Transfer** if comfort needs cannot be met in current location.

Full Treatment Includes care described above. Use intubation, advanced airway interventions, mechanical ventilation, and defibrillation/cardioversion as indicated. **Transfer to hospital if indicated. Includes intensive care.**

Additional Orders: _____

C ARTIFICIALLY ADMINISTERED NUTRITION: *Offer food by mouth if feasible and desired.*

No artificial nutrition by tube. Defined trial period of artificial nutrition by tube.

Long-term artificial nutrition by tube.

Additional Orders: _____

D SIGNATURES AND SUMMARY OF MEDICAL CONDITION:

Discussed with:
 Patient Health Care Decisionmaker Parent of Minor Court Appointed Conservator Other:

Signature of Physician
My signature below indicates to the best of my knowledge that these orders are consistent with the person's medical condition and preferences.

Print Physician Name	Physician Phone Number	Date
Physician Signature (required)	Physician License #	

Signature of Patient, Decisionmaker, Parent of Minor or Conservator
By signing this form, the legally recognized decisionmaker acknowledges that this request regarding resuscitative measures is consistent with the known desires of, and with the best interest of, the individual who is the subject of the form.

Signature (required)	Name (print)	Relationship (write self if patient)
----------------------	--------------	--------------------------------------

Summary of Medical Condition	Office Use Only
------------------------------	-----------------

SEND FORM WITH PERSON WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED

FORM 0008 (04/01) (REVISED 01/14/09)

THE PATIENT KEEPS THE ORIGINAL MOLST FORM DURING TRAVEL TO DIFFERENT CARE SETTINGS. THE PHYSICIAN USES IT AS:

USE THIS SECTION TO INDICATE YOUR POLST
NAME: _____
ADDRESS: _____
CITY/STATE/ZIP: _____
PHONE: _____
DATE OF LAST EVALUATION: _____
PHYSICIAN NAME: _____
PHYSICIAN LICENSE #: _____

None Full Limited DNR Full Limited DNR

Do Not Resuscitate (DNR) and Other Life-Sustaining Treatment (OLST)

This is a personal order form that will inform the patient's wishes for life-sustaining treatment. It is valid for all medical settings and is not subject to revocation. It is not a medical order and does not require a physician's signature. It is not a medical order and does not require a physician's signature. It is not a medical order and does not require a physician's signature.

Do Not Resuscitate (DNR) and Other Life-Sustaining Treatment (OLST)

This is a personal order form that will inform the patient's wishes for life-sustaining treatment. It is valid for all medical settings and is not subject to revocation. It is not a medical order and does not require a physician's signature. It is not a medical order and does not require a physician's signature. It is not a medical order and does not require a physician's signature.

SECTION A: Resuscitation Instructions When the Patient Has No Pulse and/or is Not Breathing

CPR Order: Attempt Cardiopulmonary Resuscitation
CPR involves artificial breathing and chest compressions to try to restart the heart. It usually involves electric shock (defibrillation) which should be given for most types of the condition to restart the heart. It is used for all medical settings and will be done by anyone who has been trained to perform CPR, including emergency medical services personnel and lay people.

Do Not Attempt Resuscitation (Allow Natural Death)
Resuscitation attempts (CPR) are not performed to restart the heart or breathing that stops if either stops.

SECTION B: Consent for Artificially Administered Nutrition (Section C)

The patient can take a defined trial period of artificial nutrition if he or she has the ability to decide about a trial period. If the patient does NOT have the ability to decide about a trial period and has a health care proxy, the health care proxy can decide for the patient. If there is no health care proxy, another person will decide. See reverse side for more information.

No artificial nutrition by tube. Defined trial period of artificial nutrition by tube.

Long-term artificial nutrition by tube.

Physician Name: _____ Date: _____

Physician License #: _____

Who made the decision? Patient Health Care Proxy Health Care Proxy Next of Kin/Relative Other

SECTION C: Physical Orders for Sections A and B

SECTION A: Resuscitation Instructions	SECTION B: Consent for Artificially Administered Nutrition	SECTION C: Physical Orders
---------------------------------------	--	----------------------------

SECTION D: Advance Directives

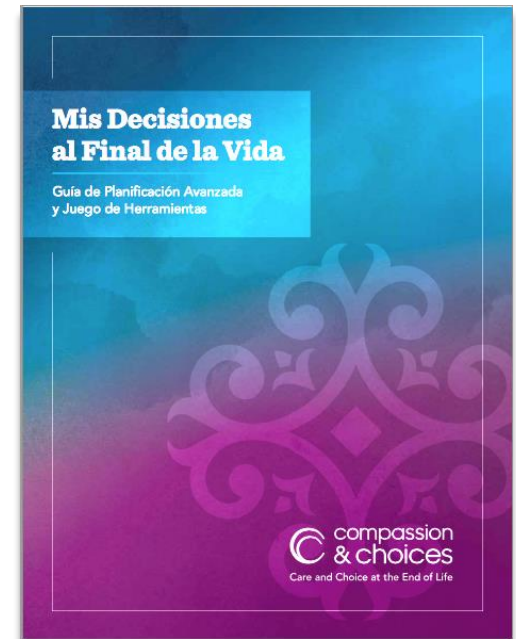
This is an advance directive which is used to make your wishes known.

Health Care Proxy Living Will No Decision Declaration of No Advance Directive

Documentos de Planificación Anticipada de Cuidados de Salud

- Directivas Anticipadas de Cuidados de Salud combinadas en dos partes, en el ¿qué y en el ¿quién?
- Documentos y reglamentos varían de estado a estado

El Juego de Herramientas de Valores de Compassion & Choices, así como **Mis Decisiones Al Final de la Vida**, deben ser utilizados como anexos al poder para los cuidados médicos, testamento vital, o la directiva anticipada, que especifiquen los deseos que se hagan posteriormente.



https://www.compassionandchoices.org/resource/mis-decisiones-al-final-de-la-vida?_ga=2.26113149.1578055513.1697037243-2068608656.1681233665&_gl=1*1798rqn*_ga*MjA2ODYwODY1Ni4xNjgxMjMzNjY1*_ga_8G12T32VPR*MTY5NzA0NTYzNy4yNy4xLjE2OTcwNDYwMTcuMC4wLjA

Hoja de Valores

A continuación hay algunas preguntas que debe considerar al tomar decisiones sobre sus preferencias de cuidado médico. Es posible que desee anotar sus respuestas y proporcionar copias a los miembros de su familia y a los proveedores de cuidados médicos, o simplemente usar las preguntas como "tema de reflexión" y una base para la discusión.

¿QUÉ TAN IMPORTANTE ES PARA USTED LOS SIGUIENTES ARTÍCULOS?

	MUY IMPORTANTE			NO IMPORTANTE	
Dejar que la naturaleza siga su curso	4	3	2	1	0
Conservar la calidad de vida	4	3	2	1	0
Mantenerme fiel a mis tradiciones / creencias espirituales	4	3	2	1	0
Vivir el mayor tiempo posible, independientemente de la calidad de vida	4	3	2	1	0
Ser independiente	4	3	2	1	0
Estar cómodo y sin dolor tanto como sea posible	4	3	2	1	0
Dejar buenos recuerdos para mi familia y amigos	4	3	2	1	0
Contribuir a la investigación médica o docente	4	3	2	1	0
Ser capaz de relacionarme con familiares y amigos	4	3	2	1	0
Estar libre de limitaciones físicas	4	3	2	1	0
Estar mentalmente alerta y competente	4	3	2	1	0
Poder dejar dinero a familiares, amigos o caridad	4	3	2	1	0
Morir más rápido en lugar de persistir	4	3	2	1	0
Evitar cuidados caros	4	3	2	1	0

CUALES SON SUS VALORES Y DESEOS EN LAS SIGUIENTES ÁREAS:

1. ¿Qué será importante para usted cuando se esté muriendo (por ejemplo, comodidad física, ausencia de dolor, miembros de la familia presentes, etc.)?

(favor de leer al reverso)

2. ¿Cómo se siente acerca del uso de las medidas de soporte vital en las siguientes situaciones?

- » Enfermedad terminal
- » Coma permanente
- » Enfermedad crónica irreversible
- » Demencia

3. ¿Tiene firmes sentimientos sobre procedimientos médicos particulares?

- » Respiración mecánica (respirador)
- » Reanimación cardiopulmonar (CPR)
- » Nutrición artificial e hidratación
- » Cuidados intensivos hospitalarios
- » Medicamentos para aliviar el dolor
- » Antibióticos
- » Quimioterapia o radioterapia
- » Cirugía

4. ¿Qué limitaciones en su salud física o mental afectarían las decisiones sobre el cuidado médico?

Recursos en línea

<https://www.compassionandchoices.org/end-of-life-planning/informacion>

The screenshot shows the website for Compassion & Choices. At the top, there is a navigation bar with the logo on the left and links for 'About Us', 'Our Issues', 'Resources', 'News & Events', 'Take Action', and a search icon. A 'Donate' button is on the right. Below the navigation bar is a dark blue header with the text 'Planifique su Centro de Recursos de Atención de Salud'. The main content area has a paragraph stating the organization's commitment to helping people plan for end-of-life care. Below this are five sections of resource links: 'Infografías', 'Planes de Acción', 'Aprenda Más', and 'Pláticas Importantes'. Each section lists several relevant articles or documents.

compassion & choices About Us Our Issues Resources News & Events Take Action Q Donate

Planifique su Centro de Recursos de Atención de Salud

Compassion & Choices está comprometido en apoderar a las personas para que obtengan la atención y cuidados que desean durante una enfermedad grave o al final de su vida. Una forma de lograrlo es ayudando a las personas a planificarlo y convertirse en defensores de sí mismos y de sus seres queridos.

Infografías

- [Hispanos y Personas Religiosas Encuentran la Ayuda Médica para Morir "Morelmente Aceptable"](#)
- [Opciones de Cuidados para Fin de Vida](#)
- [Planificación Anticipada para el Cuidado](#)

Planes de Acción

- [Orden de DNR Fuera del Hospital y el Formulario POLST Su Vida, Su Prioridades](#)

Aprenda Más

- [Juego de Herramientas del COVID-19](#)
- [Demencia: 7 Etapas](#)
- [Datos Sobre la Ayuda Médica Para Morir](#)
- [¿Cuáles Son Sus Valores Y Prioridades Para La Demencia?](#)
- [La Ayuda Médica para Morir es Una Opción Importante de Cuidados Paliativos](#)
- [Datos sobre Dejar de Comer y Beber Voluntariamente \(VSED\)](#)
- [Preguntas Frecuentes Sobre el Dejar de Comer y Beber Voluntariamente \(VSED\)](#)

Pláticas Importantes

- [Cómo Entrevistar a un Equipo de Cuidados de Hospicio](#)
- [Cómo Platicar con Su Médico Sobre sus Opciones para el Fin de Vida](#)

MIS DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA



The screenshot shows the website's header with the logo and navigation links: About Us, Plan Your Care, Take Action, Resources, and a Donate button. The main heading is 'Mis Decisiones al Final de la Vida'. Below it, there is a section for 'GUÍA DE PLANIFICACIÓN AVANZADA' with a paragraph of text and a 'Download This Resource' button. To the right of the text is a green box with the text 'Donate to Compassion & Choices'.



GUÍA DE PLANIFICACIÓN AVANZADA / 01
Primer Paso: ¿Qué Es lo Más Importante Para Usted? / 03
Ponga Sus Prioridades por Escrito: Su Directiva Anticipada / 04
Lo Que Yo Deseo: Decisiones Sobre Medidas de Soporte Vital / 06
Lo Que Yo Deseo: Otros Documentos Que Explican Sus Opciones / 08
Quién Hablará por Mí: Elegir a Su Representante / 10
Ponga en Práctica Sus Planes: Asegura Que los Proveedores de Salud Cumplan con Sus Deseos / 11
La Mejor Garantía: Una Conversación Continúa / 13
JUEGO DE HERRAMIENTAS / 15
Lista de Verificación de Planes / 16
Hoja de Valores / 17
Mis Deseos Particulares Sobre Terapias Que Podrían Sustentar la Vida / 21
Provisión de Demencia / 23
Carta de Deseos de Fin de Vida Para Mi Proveedor de Salud / 25
Directiva de Atención Médica Sectoria / 27
Cláusula Adjunta al Acuerdo Residencial de Vida Asistida / 29
Autorización de Visitas al Hospital / 31

Juego de Herramientas del COVID-19

El COVID-19 ha dado a muchos estadounidenses, una nueva conciencia sobre la muerte y ha aumentado la relevancia de una planificación para fin de vida. Existe un nuevo grupo de desafíos: la preocupación de saber si habrá un ventilador disponible en caso que usted lo necesite; confusión sobre las opciones de tratamiento; inquietudes de morir solo, aislado de su familia – lo más temido por todos nosotros.

- Plan Your Care Resource Center
- COVID-19 Toolkit
- COVID-19: Understanding Your Options
- COVID-19: Using Telehealth to Reduce

COVID-19: Muriendo en la Era de la Pandemia

Si usted está viviendo con una enfermedad terminal, y contrae el COVID-19 o coronavirus, es probable que los cuidados paliativos conocidos en Estados Unidos como *hospicio*, continúan disponibles para ayudarle a reducir el sufrimiento en los últimos días de su vida.

De la misma forma, los médicos continúan apoyando a los adultos con una enfermedad terminal que se encuentran en pleno uso de sus facultades mentales y que califican para la opción de ayuda médica para morir, dentro de los estados que autorizan estas leyes compasivas.

Por desgracia, muchos pacientes que contraen el coronavirus, mueren en un hospital, aislados de sus seres queridos. A continuación, se presentan algunos consejos para hacer una mejor conexión y tener una muerte más compasiva, en la era del COVID-19.

Evite Ir al Hospital

Más pacientes pueden recibir cuidados para controlar los síntomas y cuidados de confort, dentro de la comodidad de su propio hogar, con la expansión de tele salud.

Esta opción generalmente requiere que usted tenga una persona asignada, quizás un familiar, amigo(a), o un vecino que pueda asumir el papel de cuidador principal durante el lapso de su enfermedad.

Si desea evitar tratamientos agresivos y permanecer en su casa, comuníquese ahora con su proveedor médico para explorar sus mejores opciones. Puede preguntar lo siguiente:

- ¿Puedo obtener cuidados respiratorios no invasivos en mi casa?
- ¿Puedo obtener control de mis síntomas y el dolor desde mi casa?
- ¿Cómo me necesitan y entregarán los medicamentos para el dolor?
- ¿Me pueden referir a un médico de cuidados de hospicio o paliativos?
- ¿Me pueden referir para obtener cuidados de hospicio o paliativos?
- ¿Que tan rápido puede inscribirse para recibir los cuidados de hospicio, si mis síntomas progresan rápidamente?

Su médico podrá controlar sus síntomas y recetar medicamentos para el dolor, indicando el cuándo, en caso de que los cuidados de hospicio no se encuentren disponibles. Asimismo, lo podrá referir a un médico que pueda coordinar los cuidados paliativos en su hogar, si dichos cuidados se ofrecen en el área donde usted vive. Si usted tiene un diagnóstico del COVID-19 y puede permanecer en su casa, los médicos le

COVID-19: Juego de Herramientas

COVID-19: Conociendo Sus Opciones

COVID-19: Uso de Telesalud para Reducir Sus Riesgos

COVID-19: Planificación Anticipada de Cuidados de Salud

COVID-19: Anexo a Su Directiva Anticipada

COVID-19: Muriendo en la Era de la Pandemia

RECURSOS: INFOGRAFÍAS

compassion & choices
PLANIFICACIÓN ANTICIPADA PARA EL CUIDADO DE FIN DE VIDA
 ELIJA EL CUIDADO QUE DESEA
 CompassionAndChoices.org
 1-800-247-7421

¿Qué tipo de cuidado desea si no puede tomar decisiones por mí mismo/a?
 ¿Qué documentos describen el tipo de cuidado que yo deseo?
 ¿Quién me representará para que reciba el cuidado adecuado?

ELIJA A ALGUIEN QUE LO REPRESENTE SI USTED NO PUEDE HABLAR POR SÍ MISMO/A

<p>Alguien que lo conozca Su proveedor médico puede ser un familiar, su abogado o un amigo/a.</p>	<p>Alguien que se sienta cómodo/a para hablar en su lugar Una vez que usted elija a la persona, tómese el tiempo necesario para explicarle lo que debe hacer y lo que usted espera de él/ella.</p>
<p>Alguien en quien usted confía Elija a una persona que sepa lo que usted desea y en quien confía para tomar decisiones de acuerdo con sus deseos.</p>	<p>Alguien a quien usted puede mantener al tanto de las cosas Mantenga a esta persona al tanto de sus recordatorios y experiencias como van surgiendo; esta es una práctica controlada.</p>
<p>Alguien que abogue por usted Un representante de salud debe tener la capacidad de poder comunicarse con claridad y confianza sus deseos personales al equipo de cuidados médicos.</p>	<p>Alguien que lo acompañe en cada paso Asegúrese de que esta persona esté dispuesta a estar con usted en todos los pasos de cualquier situación médica.</p>

Mis Decisiones al Final de la Vida
 Guía de Planificación Avanzada y Juego de Herramientas

compassion & choices
 Care and Choice at the End of Life

OPCIONES DE CUIDADOS PARA FIN DE VIDA

¿SABÍA USTED QUE?
 Usted puede opinar sobre sus cuidados

<p>CONTROL DE SÍNTOMAS Y DOLOR Uso de medicamentos para llevar alivio para el final de su vida</p>	<p>CUIDADOS PALIATIVOS Cuidados médicos para enfermedades graves con el enfoque de brindar alivio o encontrar una cura</p>
<p>CUIDADOS DE HOSPIICIO Cuidados médicos para brindar alivio a una persona con una enfermedad terminal. Los cuidados se pueden brindar en casa.</p>	<p>TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL Tratamientos para prolongar la vida</p>
<p>SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTOS DE SOPORTE VITAL Rechazar o detener el tratamiento</p>	

Los tratamientos solo funcionan si son adecuados **PARA USTED**

compassion & choices
 CompassionAndChoices.org
 1-800-247-7421

compassion & choices
COMO PLATICAR SOBRE LOS DESEOS PARA EL FIN DE VIDA

Planifique el fin de vida más adecuado para usted

1 EMPIECE A PENSAR
 ¿Cómo desea usted vivir su fin de vida?

2 EMPIECE A PLATICAR
 "He estado pensando sobre mi futuro, ¿podemos platicar?"

3 SIGA PLATICANDO
 Esto no solo se trata de una sola conversación, sino una de muchas pláticas durante toda la vida

¿CON QUIÉN SE PLATICA SOBRE SUS DESEOS PERSONALES DE FIN DE VIDA?

<p>Seres Queridos "Quiero platicar contigo sobre mis opciones y deseos para mis cuidados de fin de vida." "Mis preferencias sobre mis cuidados de fin de vida han ido cambiando, y quiero mantenerme al tanto de mis deseos."</p>	<p>Proveedor Médico "Quiero a platicar sobre lo que tiene más importancia para mí para crear un plan para mis cuidados de fin de vida." "He estado pensando en las prácticas espirituales que me gustaría incorporar en mis cuidados al final de mi vida."</p>
<p>Líderes Espirituales "He estado pensando en las prácticas espirituales que me gustaría incorporar en mis cuidados al final de mi vida."</p>	

compassion & choices
 CompassionAndChoices.org
 1-800-247-7421

ADVANCE DIRECTIVES/DIRECTIVA AVANZADA

compassion & choices

About Us Our Issues Resources News & Events Take Action Q Donate

End-of-Life Consultation

Frequently Asked Questions

— Where do I find advance directive forms that will be valid in my state?

Since laws in each area are a little different, an advance directive filled out in one state may not be honored in another state. The best way to ensure wishes are honored is to complete an advance directive for the state you live in as well as others you spend a lot of time in.

To find state-specific advance directive forms, visit [Caring Info](#) or [AARP](#).

For more information about advance care planning and to download or order a free copy of Compassion & Choices' My End-of-Life Decisions guide and toolkit, visit [Tools to Finish Strong](#).

+ How do I discuss my end-of-life wishes with my doctor or family members?

+ In what states is medical aid in dying authorized and who is eligible?

+ What are my options if medical aid in dying is not available in my state?

Directiva Avanzada por estado

<https://www.compassionandchoices.org/eolc/faq>

ADVANCE DIRECTIVES



page 1 of 6

UTAH ADVANCE HEALTH CARE DIRECTIVE

(PREDISPOSICIONES (INSTRUCCIONES) PARA LA ATENCIÓN MÉDICA EN UTAH)

Pursuant to Utah Code Sections 79.2a-117 effective 2008, conforming to Section 79.2a-117 of the Code of Utah, signed April 2008*

Part I (Parte I): Allows you to name another person to make health care decisions for you when you cannot make decisions or speak for yourself. (Le permite designar a una persona que tome decisiones sobre su atención médica cuando usted no pueda tomar sus propias decisiones o hablar por usted mismo.)

Part II (Parte II): Allows you to record your wishes about health care in writing. (Le permite registrar por escrito sus deseos sobre su atención médica.)

Part III (Parte III): Tells you how to revoke or change this directive. (Le indica cómo cambiar o anular esta directiva.)

Part IV (Parte IV): Makes your directive legal. (Le otorga validez legal a su directiva.)

My Personal Information
(Datos Personales)

Name (Nombre): _____
 Street Address (Dirección): _____
 City, State, Zip Code (Ciudad, Estado, Código Postal): _____
 Telephone (Teléfono): (_____) _____ Cell Phone (Teléfono Celular): (_____) _____
 Birth Date (Fecha de nacimiento): _____

Part I: My Agent (Health Care Power of Attorney)
 Parte I: Mi Representante (Poder para Decisiones de Atención Médica)

A. No Agent (No deseo designar un Representante)
 If you do not want to name an agent, initial the box for C below. No one can force you to name an agent unless in the siguiente casillo, luego pase a la Parte II, no a designar un representante.)
 _____ I do not want to choose an agent. (No _____)

B. My Agent (Mi Representante):
 Agent's Name (Nombre del Representante): _____
 Street Address (Dirección): _____
 City, State, Zip Code (Ciudad, Estado, Código Postal): _____
 Telephone (Teléfono): (_____) _____ Cell Phone (Teléfono Celular): (_____) _____
 Birth Date (Fecha de nacimiento): _____

C. My Alternate Agent (Mi Representante Suplente)
 This person will serve as your agent if your agent, or a person you named as your representative in case of that person's incapacity, is unable to act for you.
 Agent's Name (Nombre del Representante suplente): _____
 Street Address (Dirección): _____
 City, State, Zip Code (Ciudad, Estado, Código Postal): _____
 Telephone (Teléfono): (_____) _____ Cell Phone (Teléfono Celular): (_____) _____
 Birth Date (Fecha de nacimiento): _____

*This document is identical to the Statutory form, (2008 document as amended)

UTAH

Instrucciones anticipadas

Planificación de las decisiones importantes de atención médica

Cortesía de CaringInfo
www.caringinfo.org
 800-658-8898

CaringInfo, un programa de la National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO), es una iniciativa nacional de participación del consumidor para mejorar la atención y la experiencia de cuidado durante enfermedades graves y al final de la vida. Como parte de ese esfuerzo, CaringInfo proporciona una guía detallada para completar formularios de instrucciones anticipadas en los 50 estados, el Distrito de Columbia y Puerto Rico.

Este paquete incluye:

- Instrucciones para preparar sus instrucciones anticipadas. Lea todas las instrucciones.
- Sus formularios de instrucciones anticipadas específicos del territorio, que son las páginas con la barra de instrucciones gris en el lado izquierdo.

ANTES DE EMPEZAR

Asegúrese de tener los materiales para cada estado en el que pueda recibir atención médica. Puesto que los documentos son específicos de los estados, es útil contar con el documento correspondiente de cada estado en el que pueda permanecer un tiempo considerable. Para viajes ordinarios a otros estados no es necesario que haga nuevas instrucciones anticipadas. Las instrucciones anticipadas en este paquete serán legalmente vinculantes solo si la persona que las completa es un adulto competente que tiene 18 años de edad o más, o un menor emancipado.

MEDIDAS DE ACCIÓN

1. Puede fotocopiar o imprimir un segundo juego de estos formularios antes de comenzar para que tenga una copia en limpio si necesita empezar de nuevo.
2. Cuando empiece a llenar los formularios, consulte las barras de instrucciones grises, que le guiarán a través del proceso.
3. Hable con su familia, amigos y médicos acerca de sus instrucciones anticipadas. Asegúrese de que la persona que usted designe para tomar decisiones en su nombre comprende sus deseos.

Copyright © 2005 National Hospice and Palliative Care Organization. Todos los derechos reservados. Revisado en 2023. La reproducción y distribución por parte de una organización o grupo organizado sin el permiso escrito de la National Hospice and Palliative Care Organization está expresamente prohibida.

CaringInfo

How to Prepare, Plan, and Be Present Types of Care Resources

Advance Directives

What is an Advance Directive?

Download and Complete Your State or Territory's Advance Directive Form

Creating Your Advance Directive

Signing and Retrieving Your Advance Directive

About Digital and Video Advance Directives

POLSTs

Power of Attorney

Choosing a Healthcare Agent

How to Prepare, Plan, and Be Present \ Advance Directives \ Download and Complete Your State or Territory's Advance Directive Form

Download and Complete Your State or Territory's Advance Directive Form

CaringInfo provides free advance directives and instructions for each state that can be opened as a PDF (Portable Document Format) file.

The PDF's may be filled in online. Some states allow online notarization. The forms should be saved and stored in multiple sites. They should also be printed so that they may be formalized by witness signatures or notarized if your state so requires. The states vary in their requirements for witnesses, notarization and other specifics so review the form and its instructions carefully.

Find your State's Advance Directive:

Utah

Utah

Virginia

Vermont

Washington

West Virginia

Wisconsin

Wyoming

all the states you spend a significant amount of time in.

<https://www.caringinfo.org/planning/advance-directives/by-state/>



Redes Sociales:



Twitter

@CompAndChoices

@KimCallinan



Facebook

@CompassionandChoices



YouTube

CompassionChoices



Instagram

CompassionandChoices

**Número de
información gratuito**

1-800.247.7421



Care and Choice at the End of Life

Preguntas?

Gracias por apoyar las opciones para El Final de La Vida

www.compassionandchoices.org





Care and Choice at the End of Life

Maria Otero

motero@compassionandchoices.org

Leslie Martínez

lmartinezramirez@compassionandchoices.org

Monica Toquinto

monica@nmchwa.org

www.compassionandchoices.org

