

Enseñanza católica con respecto a las decisiones sobre el final de la vida

La muerte es una parte normal de la condición humana. La muerte no debe temerse ni evitarse a toda costa, ni buscarse y procurarse directamente.

La eutanasia es un error. No se permite la eutanasia. La eutanasia se define como el fin intencional de la vida humana por acción u omisión para aliviar el sufrimiento.

Alivio del dolor. Las técnicas modernas de control del dolor no suelen acortar la vida. Sin embargo, el uso de medicamentos para tratar el dolor intenso es aceptable incluso si, hipotéticamente, acortara la vida. En cualquier caso, el control del dolor no es lo mismo que la eutanasia, ya que la muerte no es el objetivo del tratamiento. El mantenimiento de la lucidez es un elemento importante en la preparación para la muerte, pero el dolor intenso debe aliviarse en la medida de lo posible.

Proporcionalidad del tratamiento médico de soporte vital. Las decisiones de administrar, rechazar o suspender el tratamiento de soporte vital deben basarse en el concepto de proporcionalidad. Uno no tiene la obligación de seguir un tratamiento de soporte vital si sus riesgos o cargas son desproporcionados a los beneficios esperados. Se podrá hacer un juicio acertado "estudiando el tipo de tratamiento a utilizar, su grado de complejidad o riesgo, su coste y las posibilidades de utilizarlo, y comparando estos elementos con el resultado que se puede esperar, teniendo en cuenta el estado del enfermo y sus recursos físicos y morales". (Declaración sobre la eutanasia, sección IV).

Nutrición e hidratación (alimentos y agua). No proporcionar a un paciente nutrición e hidratación, con el propósito de terminar con la vida del paciente o acelerar la muerte del paciente, constituye eutanasia y siempre es incorrecto, incluso cuando la nutrición debe proporcionarse por medios artificiales. Sin embargo, pueden surgir situaciones en las que la provisión de nutrición e hidratación ya no proporcione beneficios sustanciales y sea realmente una carga para un paciente moribundo. En tales casos, el suministro de alimentos y agua, por medios artificiales o de otro tipo, puede que ya no sea apropiado, incluso si el proceso de muerte se acelera incidentalmente.

Donación de órganos. La donación de órganos después de la muerte es un acto noble y meritorio y debe fomentarse como expresión de solidaridad (Catecismo de la Iglesia Católica, n. 2296).

Consulta con asesores médicos y espirituales. No siempre es fácil para los pacientes, la familia o los agentes sanitarios aplicar los principios de proporcionalidad a una situación particular. Casi siempre se requiere la consulta con asesores médicos para evaluar los posibles beneficios, cargas y riesgos. La consulta con asesores espirituales competentes puede ayudar a los pacientes, familiares o agentes de atención médica a llegar a decisiones bien discernidas.

Preferencias de cuidado pastoral. La penitencia, la unción de los enfermos y la eucaristía como viático constituyen al final de la vida cristiana los sacramentos que preparan para la patria celestial y la culminación de la peregrinación terrena (Catecismo de la Iglesia Católica, n. 1525). Es importante dar a conocer las preferencias personales sobre la recepción de estos sacramentos.

Hablar con seres queridos. Aunque esta documentación escrita y firmada será útil, ninguna directiva anticipada de atención médica puede reemplazar conversaciones claras sobre los principios guiados por la fe y las preferencias pastorales con sus seres queridos. La mejor opción es elegir un agente que tome decisiones médicas de acuerdo con las directivas personales basadas en la enseñanza católica, dialogarlas juntos y acordar con el agente para actuar de acuerdo a éstas.

Orientación más detallada disponible. La mayoría de los principios anteriores se extraen de la Declaración sobre la eutanasia que fue promulgada en 1980 por la Congregación Vaticana para la Doctrina de la Fe y el Catecismo de la Iglesia Católica. Se pueden encontrar más documentos y guías de la Iglesia en el sitio web de la Conferencia de Obispos Católicos de los Estados Unidos: www.usccb.org/issues-and-action/human-life-and-dignity.

Parte 1 – Poder Notarial Para Atención Médica

1.1 Nombramiento principal. Yo, _____, Por la presente, designo a la siguiente persona como mi agente para tomar decisiones de atención médica en mi nombre:

Nombre: _____ Relación: _____
Tel. de Casa: _____ Dirección de Envió: _____
Tel. de Trabajo: _____
Celular: _____ Correo Electrónico: _____

1.2 Primera designación alternativa. Si revoco la autoridad de mi agente o si mi agente no está dispuesto, no puede o no está razonablemente disponible para tomar una decisión de atención médica en mi nombre, designo como mi primer agente sustituto a:

Nombre: _____ Relación: _____
Tel. de Casa: _____ Dirección de Envió: _____
Tel. de Trabajo: _____
Celular: _____ Correo Electrónico: _____

1.3 Segunda designación alternativa. Si revoco la autoridad de mi agente y del primer agente sustituto o si ninguno de los dos está dispuesto, puede o está razonablemente disponible para tomar una decisión de atención médica en mi nombre, designo como mi segundo agente sustituto a:

Nombre: _____ Relación: _____
Tel. de Casa: _____ Dirección de Envió: _____
Tel. de Trabajo: _____
Celular: _____ Correo Electrónico: _____

1.4 Autoridad del agente. Mi agente tiene autorización para tomar todas las decisiones de atención médica en mi nombre, incluidas las decisiones de proporcionar, retener o retirar tratamiento médico, nutrición e hidratación artificiales, y todas las demás formas de atención médica para mantenerme con vida, excepto lo que establezco en la Parte 2 a continuación.

1.5 Cuando se efectúa la representación del agente. La representación de mi agente entra en vigencia cuando mi médico de cabecera determina que no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica, a menos que marque la siguiente casilla: Si marco esta casilla , la autorización para tomar decisiones de atención médica en mi nombre entra en vigor inmediatamente.

1.6 Obligación del agente. Mi agente tomará decisiones de atención médica en mi nombre de acuerdo con (i) este poder notarial para atención médica, (ii) cualquier instrucción que dé en la Parte 2 de este formulario, y (iii) mis otros deseos en la medida en que los conozca mi agente. En la medida en que se desconozcan mis deseos, mi agente tomará decisiones de atención médica en mi nombre de acuerdo con lo que mi agente determine que es lo mejor para mí. Para determinar qué es lo mejor para mí, mi agente considerará mis valores personales en la medida en que los conozca.

1.7 Facultades del agente después de mi muerte. Mi agente está autorizado a realizar donaciones anatómicas, autorizar una autopsia y la disposición directa de mis restos, salvo lo que indique aquí o en las Partes 3 y 4 de este formulario:

_____ [Continuar en la página 8 si es necesario]

1.8 Designación del curador. Si un tribunal debe nombrar un curador de mi persona, nomino al agente designado en este formulario. Si ese agente no está disponible para actuar como curador, nomino al agente sustituto que he nombrado, en el orden designado.

Parte 2 – Instrucciones para el Cuidado de Salud

2.1 Las decisiones de atención médica deben ser coherentes con la enseñanza católica. Cualquier decisión relacionada con mi atención médica debe ser coherente con las enseñanzas relevantes de la Iglesia Católica Romana. Esas enseñanzas se resumen en la primera página de esta Directiva Anticipada de Atención Médica.

Decisiones para el final de la vida

Es imposible anticipar adecuadamente todas las consideraciones que deben sopesarse en el momento en que se debe tomar una decisión sobre el tratamiento de soporte vital. Por lo tanto, si he designado a un agente en la Parte 1 anterior, tengo plena confianza en el juicio de esa persona y solicito que mis proveedores de atención médica sigan sus instrucciones. Sin embargo, para facilitar las decisiones de mis agentes y proveedores de atención médica, ordeno que mis proveedores de atención médica y otras personas involucradas en mi atención brinden, retengan o retiren el tratamiento de acuerdo con la elección que he rubricado a continuación:

_____ **(a) Opción de no Prolongar la Vida**

(Iniciales) No quiero que mi vida se prolongue si (1) tengo una condición incurable e irreversible que resultará en mi muerte en un tiempo relativamente corto, o (2) pierdo el conocimiento y, con un grado razonable de certeza médica, no recuperaré la conciencia, o (3) tengo una enfermedad o lesión que pone en peligro la vida y los posibles riesgos y cargas del tratamiento serían desproporcionados a los beneficios esperados. O

_____ **(b) Opción para Prolongar la Vida**

(Iniciales) Quiero que mi vida se prolongue tanto como sea posible dentro de los límites de los estándares de atención médica generalmente aceptados.

2.2 Alivio del Dolor. Salvo lo que indique en los siguientes espacios, ordeno que se brinde en todo momento un tratamiento para aliviar el dolor o el malestar, incluso si acelera mi muerte

2.3 Instrucciones Especiales (Opcional). Las siguientes líneas pueden usarse para establecer instrucciones, limitaciones o declaraciones adicionales relacionadas con la atención médica, el tratamiento, los servicios y los procedimientos:

_____ [[Continuar en la página 8 si es necesario]

Parte 3 – Donación de Órganos y Tejidos al Fallecer (Opcional)

Tras mi muerte entrego mis órganos, tejidos, partes.__(Iniciales para indicar un sí) Al poner mis iniciales en esta línea, y sin perjuicio de mi elección en la Parte 2 de este formulario, autorizo a mi agente a dar su consentimiento para cualquier procedimiento médico temporal necesario únicamente para evaluar y / o mantener mis órganos, tejidos y / o partes con fines de donación.

No autorizo la donación de órganos, tejidos o partes. _____(iniciales)

Solo dono los siguientes órganos, tejidos o partes:

_____ (iniciales)

Mi donación es para los siguientes propósitos (*Tache cualquiera de los siguientes que no quiera y coloque sus iniciales en los que sí desea*):

Trasplante _____(iniciales) Investigación__ (iniciales) Terapia _____(iniciales) Educación _____(iniciales)

Si desea restringir su donación de un órgano, tejido o parte de alguna manera, indique su restricción en los siguientes renglones: _____

Si dejo la Parte 3 en blanco, no me estoy negando a hacer una donación. Se debe cumplir con mi registro de donante autorizado por el estado o, si no hay uno, mi agente puede hacer una donación después de mi muerte. De no nombrarse a un agente en la parte anterior, reconozco que la ley de California permite que una persona autorizada tome esa decisión en mi nombre. (Para indicar cualquier limitación, preferencia o instrucción con respecto a la donación, use el renglón anterior).

Parte 4 – Disposición de Restos (Opcional)

4.1 Autoridad de los Agentes. Entiendo que mi agente designado en este documento tiene la autoridad para disponer de mis restos, a no ser que yo disponga lo contrario, por escrito.

4.2 Instrucciones. Mis instrucciones para la disposición de mis restos, incluidos los ritos funerarios que prefiero, se describen en:

(a) Un contrato escrito para servicios funerarios con: _____
Nombre del director de la funeraria, morgue y / o cementerio

(b) Mi testamento, guardado en: _____
Sitio del Testamento

(c) Las siguientes instrucciones: _____

_____ *Instrucciones específicas*

Parte 5a – Médico de cabecera (Opcional)

Designo al siguiente médico como mi médico de cabecera:

Nombre	No.de Teléfono		
Dirección	Ciudad	Estado	Co. Postal

Parte 5b – HIPAA Autorización de Divulgación

5.1 Divulgaciones autorizadas de información médica. Por la presente, otorgo a cada una de las personas nombradas como mis agentes de atención médica principales y sustitutos en la Parte 1 de este documento, pleno poder y autoridad para solicitar, revisar y recibir cualquier información, verbal o escrita, con respecto a mi salud física o mental, en la misma medida en que yo mismo tendría tales derechos en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) de 1996. Además, concedo a cada una de las personas mencionadas el derecho adicional de consentir la divulgación de dicha información a terceros.

5.2 Autorización HIPAA en vigencia de forma inmediata. Las autorizaciones anteriores son de efecto inmediato y, a sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado 1.5 anterior, no están supeditadas a mi propia incapacidad para tomar decisiones en materia de atención médica.

Parte 6 – Revocación de Directivas Anteriores

6.1 Revocación de nombramientos previos de agentes de atención médica. Mediante la ejecución de este documento, por la presente revoco todos los poderes notariales anteriores para la atención médica y cualquier otro nombramiento de agentes de atención médica conforme a las leyes de cualquier jurisdicción dentro o fuera de los Estados Unidos de América.

6.2 Revocación de directivas previas sobre atención médica. Mediante la ejecución de este documento, por la presente revoco todos los documentos anteriores, dondequiera que se hayan ejecutado dentro o fuera de los Estados Unidos de América, que se consideraría que funcionan como una Directiva Anticipada de Atención Médica según las leyes del estado de California.

Parte 7 – Firmas y Testigos

7.1 Efecto de la Copia. Una copia de este formulario tiene el mismo efecto que el original.

7.2 Firma y Fecha.

Fecha de la Firma: _____, 20____ _____
(Firma de nombre)

Lugar de la firma: _____

7.3 Declaración de Testigos. Declaro bajo pena de perjurio conforme a las leyes de California (i) que conozco personalmente al individuo que firmó o reconoció esta directiva anticipada de atención médica, o que se me demostró la identidad del individuo mediante pruebas convincentes, (ii) que el individuo firmó o reconoció esta directiva anticipada en mi presencia, (iii) que el individuo parece estar en su sano juicio y no está bajo coacción, fraude o influencia indebida, (iv) que no soy una persona designada como agente por esta directiva anticipada y (v) que no soy el proveedor de atención médica del individuo, un empleado del proveedor de atención médica del individuo, el operador de una instalación de atención comunitaria, un empleado de un operador de una instalación de atención comunitaria, el operador de un centro de atención residencial para ancianos, ni un empleado de un operador de un centro de atención residencial para ancianos.

Primer Testigo: _____ Dirección: _____
(Firma)

(Fecha) (Nombre imprento)

Segundo Testigo: _____ Dirección: _____
(Firma)

(Fecha) (Nombre Imprento)

7.4 Declaración Adicional de uno de los Testigos.

Al menos uno de los testigos anteriores también debe firmar una declaración de la siguiente manera:

Además, declaro bajo pena de perjurio según las leyes de California que no soy pariente de la persona que ejecuta esta directiva anticipada de atención médica por sangre, matrimonio o adopción y, según mi leal saber y entender, no tengo derecho a ninguna parte del patrimonio del individuo a la hora de su muerte en virtud de un testamento ya existente o por efecto de la ley.

(Firma)

Parte 8 – Reconocimiento Ante un Notario Público

Un notario público u otro funcionario que complete este certificado verifican solo la identidad de la persona que firmó el documento al que se adjunta este certificado, y no la veracidad, exactitud o validez de ese documento.

8.1 Reconocimiento ante un notario público como alternativa al testimonio en la Parte 7. No se requiere reconocimiento ante un notario público si se atestigua debidamente en la Parte 7 anterior. El reconocimiento ante un notario público no elimina la necesidad de la declaración de un asesor del paciente o del gestor cívico, en la Parte 9 a continuación, que se requiere para los pacientes en centros de enfermería especializada.

ESTADO DE CALIFORNIA)
)
CONDADO DE _____)

En _____, 20____, ante mí, _____, comparecí personalmente _____ quien me demostró, sobre la base de pruebas satisfactorias, ser la (s) persona (s) cuyo nombre (s) está (n) suscrito (s) en el documento referido y reconoció ante mí que él / ella / ellos firmó (aron) el mismo en su calidad de persona(s) autorizadas, y que mediante su(s) firma (s) en el documento, la(s) persona(s), o la entidad en nombre de la cual la (s) persona (s) ha(n) actuado, ha(n) firmado el documento.

Certifico bajo la PENA DE PERJURIO conforme a las leyes del Estado de California que el párrafo anterior es verídico y correcto.

de mi puño y letra y con mi sello oficial

Notario Público

[Sello]

Parte 9 - Requisito especial de testigos (para pacientes en centros de enfermería especializada)

9.1 Asesor o gestor del paciente. La siguiente declaración es necesaria solo para los pacientes en un centro de enfermería especializada, un centro de atención médica que brinda los siguientes servicios básicos: atención de enfermería especializada y atención de apoyo a pacientes cuya necesidad principal es la disponibilidad de atención de enfermería especializada de forma extendida. El asesor del paciente o gestor cívico debe firmar la siguiente declaración.

Declaración del asesor del paciente o del gestor cívico.

Declaro bajo pena de perjurio según las leyes de California que soy un asesor del paciente o un gestor cívico designado por el Departamento Estatal de Personas de la Tercera Edad y que estoy sirviendo como testigo según lo requiere el Artículo 4675 del Código de Sucesiones de California.

Fecha: _____, 20____

Dirección: _____

(Firma)

(Nombre Imprento)

Espacio para limitaciones y / o instrucciones adicionales

Copias

La ley de California permite que las fotocopias de este documento sean juzgados como si fueran originales. Se recomienda que conserve su original y que considere entregar fotocopias y comente sus deseos específicos con:

- 1) Su agente y agente sustituto
- 2) Su médico de cabecera
- 3) Miembros importantes de su familia y
- 4) Cualquier otra persona que pueda ser llamada en caso de emergencia médica.

Es muy importante mantener un registro de las personas que han recibido copias, en caso de que desee revocar o modificar esta Directiva

Lista de verificación para la Directiva Anticipada de Atención Médica

Para asegurarse de haber completado este formulario correctamente, debe poder responder "Sí" a cada uno de los siguientes elementos:

- 1. Soy un residente de California que tiene al menos 18 años, estoy en mi sano juicio y actúo por mi propia voluntad.
 - 2. La persona que he seleccionado para tomar decisiones de atención médica en mi nombre (mi "Agente" o "Agente Sustituto") tiene o tendrá al menos 18 años de edad, en el momento en que dicho Agente vaya a tomar decisiones de atención médica en mi nombre, no es ni será:
 - un proveedor de atención médica supervisor o un empleado de la institución de atención médica en la que esté recibiendo servicios en ese momento,
 - un proveedor de un centro de atención comunitaria o de un centro de atención residencial para ancianos en el que esté recibiendo servicios,
 - un empleado de un centro de atención médica, un centro de atención comunitaria o un centro de atención residencial para ancianos en el que esté recibiendo servicios en ese momento, a menos que dicho empleado tenga una relación de parentesco por consanguinidad matrimonio o adopción, o a menos que yo también sea empleado de la misma institución de atención médica, centro de atención comunitaria o centro de atención residencial para personas mayores, y
 - mi curador conforme a la Ley Lanterman-Petris-Short, a menos que se hayan cumplido requisitos legales adicionales.
 - 3. He hablado con las personas que he seleccionado para tomar decisiones de atención médica en mi nombre y estas personas han acordado hacerlo en caso de que yo no pueda tomar esas decisiones por mí mismo.
 - 4. Hemos hablado de hasta qué punto el tratamiento de soporte vital (por ejemplo, ventiladores / respiradores, diálisis, quimioterapia, cirugía, alimentación por sonda, reanimación cardiopulmonar) se debe implementar o mantener en mi nombre.
 - 5. Las personas que he seleccionado entienden cómo actuaría yo en mi nombre si pudiera hacerlo.
 - 6. He entregado una copia de este formulario completo a quienes puedan necesitarlo en caso de que una emergencia requiera una decisión sobre mi atención médica, incluidas las personas que he seleccionado en este formulario, los miembros clave de la familia y los médicos.
 - 7. He hecho que este formulario sea certificado ante notario O debidamente avalado.
 - (a) He obtenido las firmas de dos testigos adultos que me conocen personalmente (o a quienes he probado mi identidad).
 - (b) Ninguno de los testigos es
 - un agente que he designado para tomar decisiones de atención médica en mi nombre,
 - uno de mis proveedores de atención médica o algún empleado de uno de mis proveedores de atención médica,
 - el proveedor o algún empleado de un centro de cuidado comunitario (a veces llamado "pensión y hogar de cuidados"), ni
 - el operador o cualquier empleado de un centro de atención residencial para personas mayores.
 - (c) Al menos un testigo no tiene parentesco conmigo por consanguinidad, matrimonio o adopción, y no figura en mi testamento y, hasta donde yo sé, no tiene derecho a ninguna parte de mi patrimonio cuando yo muera.
 - 8. Entiendo que, si quiero cambiar algo en este documento, debo completar un formulario nuevo. También debo decirles a todos los que recibieron una copia del formulario anterior que ya no es válido y debo pedir que se me devuelvan copias del formulario anterior para poder destruirlas.
9. He firmado y fechado este formulario.
10. Si estoy en un centro de enfermería especializada, he obtenido la firma de un asesor del paciente o un gestor cívico.
- 11. Si soy una persona bajo tutela legal conforme a la Ley Lanterman-Petris-Short, es posible que este formulario no sea aplicable y debería consultar a un abogado.
-
- 12. Mantengo un registro de las personas que han recibido copias de esta Directiva Anticipada de Atención Médica.