

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 está mal. 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 tener 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 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 tomará decisiones médicas de acuerdo con las directivas personales basadas en la enseñanza católica, discutir las juntas y recibir el acuerdo del agente para actuar de acuerdo con ellas.

Hay disponible orientación más detallada. 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, designó a la siguiente persona como mi agente para tomar decisiones de atención médica para mí:

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 por mí, lo designo como mi primer agente alternativo:

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 el primer agente alternativo o si ninguno está dispuesto, es capaz o está razonablemente disponible para tomar una decisión de atención médica por mí, designo como mi segundo agente alternativo:

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

1.4 Autoridad del agente. Mi agente está autorizado a tomar todas las decisiones de atención médica por mí, 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 la autoridad del agente se hace efectiva. La autoridad 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 autoridad para tomar decisiones de atención médica por mí entra en vigencia inmediatamente.

1.6 Obligación del agente. Mi agente tomará decisiones de atención médica por mí 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 que conozca mi agente. En la medida en que se desconozcan mis deseos, mi agente

Tomará decisiones de atención médica por mí de acuerdo con lo que mi agente determine que es lo mejor para mí. Para determinar mi mejor interés, mi agente considerará mis valores personales en la medida en que los conozca.

1.7 Autoridad posterior a la muerte del agente. Mi agente está autorizado a realizar obsequios anatómicos, autorizar una autopsia y la disposición directa de mis restos, salvo que se indique aquí o en las Partes 3 y 4 de este formulario:

_____ [Continuar en la página 8 si es necesario]

1.8 Designación del conservador. 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 alternativo 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)

A 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.

O

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

O

Solo doy los siguientes órganos, tejidos o partes: _____

_____ (iniciales)

Mi donación es para los siguientes propósitos (Poner tus iniciales en cualquiera de los siguientes que no quieras):

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 las siguientes líneas: _____

Si dejo la Parte 3 en blanco, no es una negativa a hacer una donación. Se debe seguir mi registro de donante autorizado por el estado o, si no hay ninguno, mi agente puede hacer una donación después de mi muerte. Si no se nombra ningún agente arriba, 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 la línea 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 deshacerse de mis restos, a menos que yo proporcione 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, depósito de cadáveres y / o cementerio

(b) Mi última voluntad, esta guarda: _____
Locacion de mi ultima voluntad

(c) Las instrucciones son las siguientes: _____

_____ *Instrucciones Especificas*

Parte 5a – Medico Primario (Opcional)

I designate the following physician as my primary physician:

<i>Nombre</i>	<i>No.de Teléfono</i>
<i>Dirección</i>	<i>Ciudad</i> <i>Estado</i> <i>Co. Postal</i>

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 primarios y alternos 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, al mismo en la medida en que yo mismo tendría tales derechos bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de 1996. Además, otorgo a cada una de dichas personas el derecho adicional de dar su consentimiento para la divulgación de dicha información a terceros.

5.2 HIPAA Autorización efectiva inmediatamente. Las autorizaciones anteriores entran en vigencia de inmediato y, a pesar de las disposiciones de la Sección 1.5 anterior, no dependen de mi propia incapacidad para tomar decisiones de atención médica

Parte 6 – Revocación de Previos Directivos

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 bajo 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 Declaracion de Testigos. Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes de California (i) que conozco personalmente a la persona que firmó o reconoció esta directiva anticipada de atención médica, o que se me demostró la identidad de la persona mediante evidencia convincente, (ii) que el persona firmó o reconoció esta directiva anticipada en mi presencia, (iii) que la persona 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 de la persona, un empleado del proveedor de atención médica de la persona, el operador de una instalación de atención comunitaria, un empleado de un operador de una instalación de atención comunitaria, el operador de una instalación de atención residencial para personas mayores, ni un empleado de un operador de un centro de atención residencial para personas mayores.

Primer Testigo: _____ Direccion: _____
(Firma)

(Fecha) (Nombre imprento) _____

Segundo Testigo: _____ Direccion: _____
(Firma)

(Firma) (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 de patrimonio del individuo a su muerte bajo un testamento ahora existente o por operación de ley.

(Firma)

Parte 8 – Reconocimiento Ante un Notario Público

Un notario público u otro funcionario que complete este certificado verifica 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 defensor del paciente o del defensor del pueblo, 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, _____, apareció personalmente _____ quien me demostró, sobre la base de pruebas satisfactorias, ser la (s) persona (s) cuyo nombre (s) está (s) suscrito (s) al instrumento interno y me reconoció que él / ella / ellos ejecutaron el mismo en su / su autorización capacidad (es), y que mediante su firma (s) en el instrumento la persona (s), o la entidad en nombre de la cual la (s) persona (s) actuó, ejecutó el instrumento

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

ATESTIGUA mi firma y sello oficial

Notario Público

[Sello]

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

9.1 Abogado del paciente o Defensor. 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 defensor del paciente o defensor del pueblo debe firmar la siguiente declaración.

Declaración del Abogado del paciente o del defensor.

Declaro bajo pena de perjurio según las leyes de California que soy un defensor del paciente o un defensor del pueblo designado por el Departamento de Envejecimiento del Estado y que estoy sirviendo como testigo según lo requiere la Sección 4675 del Código de Sucesiones de California.

Fecha: _____, 20____

Dirección: _____

(Firma)

(Nombre Imprento)

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 su sano juicio y actúo por mi propia voluntad.
2. La persona que he seleccionado para tomar decisiones de atención médica por mí (mi "Agente" o "Agente alternativo") tiene al menos 18 años de edad, en el momento en que dicho Agente tomará decisiones de atención médica en mi nombre, no es y no será:
 - un proveedor de atención médica supervisor o un empleado de la institución de atención médica donde recibo atención en ese momento,
 - un operador de un centro de atención comunitaria o un centro de atención residencial para ancianos donde luego estoy recibiendo atención,
 - un empleado de un centro de atención médica, un centro de atención comunitaria o un centro de atención residencial para ancianos donde luego estoy recibiendo atención, a menos que dicho empleado esté relacionado conmigo por sangre, matrimonio o adopción, o a menos que yo también esté empleado por la misma salud institución de atención, centro de atención comunitaria o centro de atención residencial para personas mayores, y
 - mi curador bajo 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 discutido hasta qué punto el tratamiento de soporte vital (por ejemplo, ventiladores / respiradores, diálisis, quimioterapia, cirugía, alimentación por sonda, RCP) se debe implementar o mantener en mi nombre.
5. Las personas que he seleccionado entienden cómo actuaría 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 atestiguado.
 - (a) He obtenido las firmas de dos testigos adultos que me conocen personalmente (oa 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 cualquier empleado de uno de mis proveedores de atención médica,
 - el operador o cualquier empleado de un centro de cuidado comunitario (a veces llamado "hogar de alojamiento y cuidado"), ni
 - el operador o cualquier empleado de un centro de atención residencial para personas mayores.
 - (c) Al menos un testigo no está relacionado conmigo por sangre, matrimonio o adopción, y no figura en mi testamento y, hasta donde yo sé, no tiene derecho a ninguna parte de mi patrimonio cuando 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 defensor del paciente o un defensor del pueblo.
11. Si soy una persona bajo tutela legal bajo 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.