

**“ADVANCE MEDICAL DIRECTIVES”  
(DIRECTIVAS MÉDICAS AVANZADAS)  
PARA CATÓLICOS**



**Un Recurso para Termino de Vida para Católicos que incluye:**

- **Decisiones médicas y morales, P & R**
- **Definiciones y direcciones para crear una directiva medica avanzada.**
- **Formas para la nominación del agente de salud**



**Catholic Diocese of Raleigh, North Carolina**

**Most Reverend Luis Rafael Zarama  
7200 Stonehenge Drive  
Raleigh, NC 27613**

Queridos Hermanos y Hermanas en Cristo:

Nuestra fe nos enseña que hemos sido creados por Dios y que a Él regresaremos en su tiempo y como Él lo enseñó. Nos da tranquilidad saber que algún día lo veremos cara a cara. Sabemos que la vida es un precioso regalo de Dios, y no debe ser tomada a la ligera.

En el mundo de la tecnología médica y de tratamientos para prolongar la vida, se presentan muchas opciones que a menudo nos confunden. Sin embargo, la Iglesia nos da la dirección para navegar sobre estas opciones, elegir los tratamientos que son moralmente sanos y respetuosos de la dignidad humana y nuestro destino, para vivir eternamente con Jesucristo en el cielo.

No es obligatorio tener un “Advance Directive”. Sin embargo, este documento (revisado en la edición 2014) le servirá para asegurar que su cuidado y tratamiento sean conformes con nuestra fe católica y sus propios deseos. Expreso mi agradecimiento a la Diócesis de Arlington y Richmond, por el permiso de usar el contenido de su publicación: “Catholic Advance Medical Directives”. Espero que estos recursos sean de ayuda a la luz de nuestra enseñanza católica sobre el cuidado de la salud y de la persona humana.

Con mis continuas oraciones,

En Cristo,

Luis Rafael Zarama, J.C.L.  
Obispo de Raleigh

## Tabla de Contenido

Decisión médica y moral: P & R.....	Page 3
Definiciones y Guías para crear un Advance Medical Directive.....	Page 5
Advance Medical Directive.....	Page 11

Te lo devolvemos, Señor, porque tú nos los diste;  
Y como no lo perdiste al entregárnoslos, tampoco nosotros los perdemos al devolvértelo.  
El mundo no da, como tú lo haces, Oh amante de las almas.  
Lo que tú das, tu no lo quitas,  
pues lo que es tuyo es también nuestro porque te pertenecemos.  
La vida es eterna y el amor es inmortal; la muerte es solo un horizonte y  
el horizonte es nada más que el límite de nuestra mirada.  
Levántanos, gran hijo de Dios, para poder ver más allá;  
limpia nuestros ojos para poder ver con más claridad; acércanos  
a Ti, para conocernos a nosotros mismos y estar más cerca de  
nuestros seres queridos que están contigo.  
Y mientras nos preparas un lugar, prepáranos también para ese lugar feliz, para que  
donde tú estás, nosotros estemos también para siempre.

### **Oración usada por Fr Bede Jarrett, O.P.**

Oración escrita por William Penn

1644-1718

## **Decisión Médica y Moral: Preguntas y Respuestas**

### **¿Cómo es que nuestra fe nos ayuda a tomar decisiones que son moralmente sanas y respetan la bondad de nuestras vidas aquí en la tierra al igual que nuestra vocación a la vida eterna?**

Cada uno de nosotros sabemos que algún día moriremos, pero la mayoría de nosotros no sabemos cuándo moriremos o cual será la causa. Es natural temerle a la muerte y a lo desconocido asociado con ello. A la mayoría de nosotros ni siquiera nos gusta pensar en la muerte, pero de vez en cuando la vida pone la muerte en nuestro camino. Vamos a funerales. Escuchamos de un amigo (a) que perdió una larga batalla contra el cáncer. Como católicos, sabemos que la muerte no fue el plan original para nosotros, pero debido a la caída de Adán y Eva todos debemos morir para renacer con Cristo en la próxima vida. Creemos en Jesucristo, quien sufrió la crucifixión, murió, y fue sepultado y resucitó otra vez.

Nunca debemos olvidar que cada uno de nosotros es hijo de Dios, y eso es nuestra fuente inmutable de dignidad. Una persona es una persona no importa qué tipo de trabajo tenga, no importa su apariencia y no importa cuál sea su calidad de vida. No hicimos nada para ganar esta dignidad y no hay nada que podamos hacer para perderla. Un hombre inconsciente sigue siendo un hombre; no una zanahoria o jitomate, o algún otro tipo de vegetal.

Como católicos todos estamos llamados a ser la luz del mundo. Estamos llamados a proponer en vez de imponer. Nuestro reto es reflejar la luz de Cristo en la vida de los demás para que ojalá vean algo que jamás han visto. Por ejemplo, porqué todo el mundo pasa tanto tiempo pensando cómo “no” quieren morir, y muy poco tiempo como “si” quieren morir. ¿Usted quiere morir solo en el hospital? ¿Quiere que su muerte sea un momento no visto, manejado por médicos profesionales? ¿usted quiere recibir los sacramentos? ¿Quiere estar en estado de gracia? ¿Quiere quedarse con sus rencores o quiere una oportunidad de reconciliación? Estas son algunas de las preguntas que debemos ayudar a otros a considerar.

Eutanasia (también conocida como “muerte-misericordiosa”) es una acción u omisión (significando actuar) que intencionalmente causa la muerte a personas, ya sea directamente o indirectamente, con el propósito de eliminar el sufrimiento de la persona. Porque implica la eliminación deliberada de una persona humana, eutanasia siempre es moralmente intolerable. Eutanasia y cualquier otra forma de muerte-misericordiosa, incluyendo suicidio asistido por un médico, es una grave violación de la razón y la ley natural y completamente contraria nuestra fe Cristiana.

### **¿Cuáles son los principios fundamentales que deberían de guiar al católico que está pensando en crear un Advance Medical Directive (Directiva Medica Avanzada)?**

1. La vida humana es un precioso regalo de Dios. Esta verdad debe informar a todas las decisiones de atención médica.

2. Tenemos el derecho y el deber de dirigir nuestro propio cuidado y responsabilidad de actuar de acuerdo a nuestros principios de enseñanza moral católica. Cada persona tiene el derecho a información clara y precisa acerca del curso de tratamiento y sus consecuencias, para que la persona pueda tomar una decisión de si debe o no recibir el tratamiento propuesto.
3. Suicidio, eutanasia y actos que intencionalmente y directamente causarían la muerte por echo u omisión nunca son moralmente aceptables.
4. La muerte es un comienzo, no un fin. La muerte siendo conquistada por Cristo, no necesita ser resistida por ningún medio. Una persona puede reusar tratamiento médico que es extraordinario. Un tratamiento es extraordinario cuando ofrece poca o no esperanza de mejoramiento y no puede ser proporcionado sin carga indebida, gasto o dolor.
5. Debe de haber fuerte presunción a favor de proveer a la persona con nutrición (comida) e hidratación (agua) aun con asistencia médica. Proveer nutrición e hidratación debe de ser considerado como medidas ordinarias. Situaciones excepcionales podrán existir. En ningún caso el agua o la comida deberán ser retirados con la intención de causar la muerte.
6. El católico tiene el derecho a comodidad y a buscar alivio del dolor. La persona tiene el derecho al alivio del dolor y cuidado cómodo, aun si el tratamiento o método indirectamente y un-intencionalmente acorta la vida.

### **¿Qué es un Advanced Medical Directive (Directiva Medica Avanzada)?**

Bajo la ley de Carolina del Norte, un Advanced Medical Directive tiene la misma o similar función que otros documentos llamados “Health Care Power of Attorney,” el “Health Care Proxy,” o “Living Will.”

### **¿Es obligatorio que yo tenga un Advanced Medical Directive (Directiva Medica Avanzada)?**

Usted no está legalmente ni moralmente obligado a tener un Advanced Medical Directive. Sin embargo, le hemos ofrecido este documento a usted para asistirle en asegurarse de que su cuidado y tratamiento sean consistentes con la fe católica y con sus propios deseos.

### **¿Cuál es el proceso para crear un Advanced Medical Directive (Directiva Medica Avanzada) en Carolina del Norte?**

El proceso de crear un Advanced Medical Directive, en Carolina del Norte, puede ser muy simple y solo tiene tres pasos esenciales: (1) el adulto pone sus deseos de cuidado médico en escrito, (2) el o ella firma el documento, y (3) el documento es firmado por lo menos dos adultos testigos calificados.

El documento Advanced Medical Directive, **no** tiene que ser revisado por un abogado. La Diócesis de Raleigh ha emitido un Advanced Medical Directive que usted está bienvenido a usar gratuitamente. De cualquier manera, ninguna forma específica de un Advanced Medical Directive, es requerida bajo la ley estatal de Carolina del Norte. Carolina del Norte puede reconocer Advanced Medical Directives, elaborados en otros estados, siempre y cuando estos Directives cumplan con las leyes del estado donde fueron creados y no estén en conflicto con la ley de Carolina del Norte. Por último, fotocopias, faxes, y formas generadas por computadora (como PDF escaneado) de Advanced Medical Directive válido en NC.

## **Definiciones y Guías para Crear un Advanced Medical Directive (Directiva Medica Avanzada)**

*Una revisión de conceptos usados en las enseñanzas morales de la Iglesia católica e importantes condiciones médicas y legales para asistir a individuos y familias en crear un Advanced Medical Directive, útil, basado en la fe cristiana.*

### **Introducción**

Esta sección está dividida en dos partes. **Parte I** (Términos Usados en Enseñanzas Católicas Morales) resume importantes conceptos usados en las enseñanzas de la Iglesia Católica con respecto a tomar decisiones médicas. **Parte II** (Términos Médicos) define términos médicos comunes que usted tal vez encuentre en el sistema de atención de la salud. **Parte III** (Términos Legales) revisa términos legales que son encontrados en el Advanced Medical Directive. **Parte IV** (Instrucciones) presenta instrucciones generales consistentes con la enseñanza católica de cómo crear un Advanced Medical Directive. Un entendimiento claro de estos términos e instrucciones le asistirá en tomar decisiones por usted y/o a sus seres queridos a tomar decisiones en su nombre.

### **Parte I: Términos Usados en La Enseñanza Moral Católica**

Medios ordinarios vs medios extraordinarios – Términos usados por la Iglesia para distinguir entre las formas que debemos usar para preservar la vida humana (ordinarios), y las formas que no estamos obligados a usar (extraordinarios). Formas que no ofrecen beneficio razonable o esperanza, son o pueden ser desproporcionalmente inútiles o trabajosos, es *extraordinario*, por ello, es moralmente opcional.<sup>1</sup> La iglesia enseña que estamos solamente obligados moralmente a aceptar o facilitar maneras *ordinarias* de cuidado.<sup>2</sup>

Más recientemente la Iglesia a ha usado los términos tradicionales “ordinario” y “extraordinario” intercambiabilmente con los términos “proporcionado” y “desproporcionado” porque estos términos modernos son más precisos y prácticos cuando se consideran los diferentes problemas causados por problemas serios de salud.

Medios Proporcionados- Medidas que al juzgar del paciente ofrecen esperanza o beneficio razonable o no implican carga excesiva o imponen gastos excesivos en la familia o a la comunidad.<sup>3</sup> La iglesia enseña que tal cuidado siempre incluye un alivio de dolor adecuado, limpieza personal, ambiente cómodo y seguro, y la presencia de seres queridos. Estas medidas ordinarias son siempre *proporcionadas* y por ello obligatorias. La provisión de nutrición e

---

<sup>1</sup> Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections, Committee for Pro-Life Activities, Natinoal Conference of Catholic Bishops, 24 March 1992 (Washington, D.C., United States Catholic conference, third printing, 1998), p.2.

<sup>2</sup> Address of Pope Pius XII to the International Congress of Anesthesiologists; Vatican City, November 24, 1957 (L'Osservatore Romano; Nov. 25-26, 1957).

<sup>3</sup> Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Servides, part V, #56, Issued by USCCB, November 17, 2009.

hidratación, aun por métodos artificiales, es considerada a ser *proporcionada* y por eso moralmente obligatorias excepto en casos donde tal provisión es inútil o es una carga excesiva.<sup>4</sup> Existen otros medios, procedimientos médicos, por ejemplo, que inicialmente pueden ser proporcionados, pero después pueden ser desproporcionados cuando las circunstancias cambian.<sup>56</sup>

Medidas Desproporcionadas – Medidas que al juzgar del paciente no ofrecen una esperanza o beneficio razonables o implican una carga excesiva, que impone un gasto excesivo en la familia o en la comunidad. Medidas desproporcionadas o extraordinarias serían intervenciones o tratamientos que probablemente causen daño o efectos secundarios no deseadas fuera de proporción al beneficio que tal vez ofrezca.<sup>7</sup> La Iglesia declara que usted o la persona designada para tomar decisiones por usted puede negar medidas desproporcionadas o extraordinarias de preservar la vida.<sup>8910</sup>

## Parte II: Términos Médicos

**Muerte Cerebral** – Definida por la profesión médica y la ley de Carolina del Norte como la pérdida irreversible de toda función cerebral, de la cual, el mejoramiento no es posible. Muerte cerebral puede ser establecida con certeza basados en reglas estrictas que han sido establecidas por la profesión neurológica.<sup>11</sup> Cuando dos médicos confirman una diagnosis de “muerte cerebral,” la persona es considerada medicamente y legalmente muerta. Muerte cerebral definida como la irreversible cesación completa de función cerebral, será usada como la única base de determinación que la persona ha muerto, particularmente cuando la muerte ocurre en la presencia de funciones respiratorias y circulatorias mantenidas artificialmente.<sup>12</sup>

Coma - Medicamente definido como estado anormal de inconsciencia. Una persona en coma está viva, pero yace recostado con los ojos cerrados y no responde a estimulación intencionalmente.<sup>13</sup> Existen variaciones en grado de coma. En coma profundo la persona tal vez no muestre ninguna reacción. En niveles más ligeros a veces llamados “semicomatoso,” la

---

<sup>4</sup> Joint Statement on the Vegetative State: the Pontifical Academy for Life and World Federation of Catholic Medical Associations; Rome, Italy, March 10-17, 2004, no. 10; Address of Pope John Paul II to the participants in the International Congress of “Life-sustaining treatments and vegetative state: scientific advancement and ethical dilemmas”, March 20, 2004, no. 4.

<sup>5</sup> Congregation for the Doctrine of the Faith, “Declaration on Euthanasia,” Rome, 1980, Part IV.

<sup>6</sup> Congregation for the Doctrine of the Faith, “Responses to certain questions of the U.S. Conference of Catholic Bishops concerning artificial nutrition and hydration” together with a commentary prepared by the Congregation, Rome, 2007.

<sup>7</sup> Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services, Part III, #32, 33; Part V, #57.

<sup>8</sup> “Declaration on Euthanasia” Part IV.

<sup>9</sup> Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services, Part V, #57.1

<sup>10</sup> Commentary on “Responses to certain questions of the United States Conference of Catholic Bishops concerning artificial nutrition and hydration.”

<sup>11</sup> Practice Parameters for Determining Brain Death, summary statement of the American Academy of Neurology, September 24, 1994 (*Neurology* 1995; 45:1012-1014). Reaffirmed January 13, 2007.

<sup>12</sup> North Carolina General Statutes Section 90-323 (hereinafter “N.C.G.S.”).

<sup>13</sup> Bradley, Daroff, Fenichel and Marsden, *Neurology in Clinical Practice* (Boston: Butterworth-Heinemann, 2004), p. 45, 62-63.

persona tal vez se mueva o gima a estimulación vigorosa. Coma termina cuando la persona despierta, muere o pasa a *estado inconsciente permanente*.<sup>14</sup>

Estado Inconsciente Mínimo (EIM) Medicamento definido<sup>15</sup> como condición en la que la persona ha perdido completamente la habilidad de pensar y reaccionar, pero mantiene funciones corporales vitales básicas como la función del corazón, respiración y la presión. Los ojos de la persona tal vez se abran, y movimientos y periodos de sueño/vigilia tal vez ocurran, pero la persona no puede hablar u obedecer órdenes. La persona no está consciente de sí misma o de su alrededor.<sup>16</sup> Estudios recientes han confirmado que algunas de estas personas sí están conscientes de su alrededor, y más estudios son necesarios para definir a estos individuos. Debido a que este estado es típicamente causado por daño cerebral severo, el mejoramiento de la condición de la persona es extremadamente extraño.<sup>17</sup>

DNR – DNR significa no resucitar, la cual es una orden médica escrita por el médico que dirige la resucitación cardiopulmonar (CPR) sea detenido del paciente en caso de ataque cardíaco o paro respiratorio. Debe de ser entendido que CPR puede implicar no solamente compresiones al pecho sino también meter un tubo respiratorio en la tráquea de la persona y conectarla a un ventilador artificial, y o mandar choques eléctricos al corazón. La orden de DNR no impide que el medico u hospital apliquen otras intervenciones médicas como líquidos intravenosos, oxígeno o terapias consideradas necesarias para dar comodidad o aliviar el dolor.

Cuidado Paliativo – Cuidado paliativo también conocido frecuentemente como “cuidado cómodo” o “medidas cómodas” significa medidas dirigidas a controlar el dolor, aliviar otros síntomas, y enfocarse en las necesidades especiales del paciente mientras él o ella experimenta el estrés de una enfermedad crónica y/o el proceso de fallecimiento, en vez de investigar e iniciar tratamiento e intervenciones con el propósito de buscar una cura o prolongar la vida.

Enfermedades Terminales – Condición médica en la cual la persona tiene una incurable o irreversible condición que terminará en la muerte de la persona en un periodo relativamente corto. Condición terminal es más ampliamente definida como condición causada por lesión, enfermedad o de la cual, a un grado razonable de probabilidad médica, el paciente no se puede recuperar y (1) la muerte del paciente es inminente, o (2) el paciente está en un estado inconsciente permanente, o (3) fallecimiento es esperado entre 6 y 12 meses. Esta definición es algo problemática médica y moralmente, porque hay condiciones como estado inconsciente permanente (definido en parte II) en la cual la persona en tal estado puede no estar terminalmente enfermo (quiere decir, fallecimiento es esperado en un periodo relativamente corto) ni muriendo inminentemente (quiere decir, fallecimiento es esperado en una semana o menos.)<sup>18</sup>

---

<sup>14</sup> Viktor and Adams, Principles of Neurology, 6<sup>th</sup> ed. (New York: McGraw-Hill Inc. 1997), p. 365.

<sup>15</sup> Practice Parameters: Assessment and Management of Patients in the Persistent Vegetative State, Summary Statement of the American Academy of Neurology, 5 May 1995 (*Neurology* 1995; 45: 855-1034). Reaffirmed July 28, 2006.

<sup>16</sup> Bradley, Daroff, Fenichel and Marsden, p. 44.

<sup>17</sup> Viktor and Adams, Principles of Neurology, 6<sup>th</sup> 3ed., p. 347.

<sup>18</sup> <http://www.hospicepatients.org/n-valko-terminal-sedation.html>

Sedación Terminal – Esta es una forma de ayuda de suicidio que está siendo usada más en lugares de cuidado termino. Se le da al paciente dosis pesadas que pasan lo necesario para controlar el dolor y dejar el semi-comotaso por medio de este medicamento. Nutrición e hidratación son detenidos por que le paciente no está lo suficientemente consiente para consumirlos. La muerte llega entre 7 y 10 días, usualmente por deshidratación e inanición.<sup>19</sup>

### **Parte III: Terminos Legales**

Advance Medical Directive – Un instrumento de documento legal visto que hace saber qué tipo de cuidado médico usted quiere o no quiere si algún día usted es incapacitado o incapaz de expresar estos deseos por usted mismo. Un Advance Medical Directive, generalmente tiene cuatro opciones.

En la **primer sección** llamada, “Nombramiento de Agente de Cuidado Médico” usted puede nombra a otra u otras personas como su agente(s) para tomar decisiones por usted si usted llegara a no poder tomar estas decisiones por enfermedad mental o física o lesión.<sup>20</sup> En la **segunda sección**, llamada “instrucciones para mi agente(s) de cuidado médico y a mi grupo medico sobre mi cuidado médico,” usted puede nombrar los tipos de tratamiento que tal vez quiera o no quiera que su médico le provea en caso de que se presente la situación de que usted no pueda tomar o comunica decisiones de tratamiento por sí mismo. Parte de esta sección algunas veces llamada “testamento en vida,” específicamente observa sus deseos sobre qué tipo de cuidado médico usted quisiera o no quisiera en caso de que tuviera una condición terminal y su muerte sea inminente. En la **tercera sección** usted puede documentar sus preferencias sobre sus donaciones de órganos, tejidos y de ojos, y darle a su agente el poder de tomar la decisión de donación de órganos por usted después de su muerte. El Advance Medical Directive, es finalizado en la cuarta sección donde usted firma el documento enfrente de dos testigos calificados.

Bajo la ley de Carolina del Norte, un **Advance Medical Directive**, tiene la misma o similar función que otros documentos llamados “**Health Care Power of Attorney**” un “**Health Care Proxy**” o un “**Living Will**” también esté consciente de que si usted no completa y firma la forma de Advance Medical Directive, y el médico tratante determina a un alto grado de certeza médica que usted no tiene la capacidad de tomar o comunicar decisiones de cuidado médico y nunca recuperará esa capacidad, el médico u alguien más como, guardián o esposo(a) pueda decidir detener o discontinuar medidas de prolongación de vida.<sup>21</sup> Por eso es vitalmente importante que firme el Advance Medical Directive, para asegurarse que sus deseos sean cumplidos.

Agente (específicamente “Agente de Cuidado Médico”) bajo la ley de Carolina del Norte, cualquier persona que no esté involucrado en proveer cuidado médico para el Principal por remuneración y que tenga 18 años o más, podría ser nombrado a tomar decisiones de cuidado médico por otra persona (llamado Principal o Declarante en un Advance Medical Directive, ver

<sup>19</sup> <http://www.hospicepatients.org/n-valko-terminal-sedation.html>

<sup>20</sup> N.C.G.S. § 32A-16(ia).

<sup>21</sup> N.C.G.S. § 90-322.

abajo).<sup>22</sup> Un agente de cuidado médico debe ser capaz de entender, tomar y comunicar decisiones informadas de cuidado médico al médico del Declarante.<sup>23</sup> Las responsabilidades del agente de cuidado médico a nombre del Declarante pueden incluir negar o dar consentimiento a tratamiento médico, autorizar admisión o traslado a hospital o clínica mental, y hacer planes para la donación de órganos después de la muerte.<sup>24</sup> Bajo la ley de Carolina del Norte el agente de cuidado médico no tiene permitido a negar visitas a menos de que usted haya dado instrucciones específicas en su Advance Medical Directive, acerca de horas de visita cuando usted no pueda tomar sus propias decisiones.

Suicidio Asistido – Una forma de eutanasia (definida abajo) en la cual una persona, incluyendo a un médico o u otro personal médico, provee una sustancia letal para asistir a otra persona a quitarse la vida.

Médico Tratante – El medico principal que es responsable por el cuidado médico del paciente.

Declarante (o el “principal”) El Declarante o Principal es la persona que está formulando el Advance Medical Directive, para él o ella. Carolina del Norte declara que el Declarante debe de tener 18 años de edad o más y sea capaz de tomar o comunicar decisiones informadas cuando esté formulando el Advance Medical Directive.<sup>25</sup>

Eutanasia (o también conocida como “muerte misericordiosa”) – acción u omisión (fallando a actuar) que intencionalmente causa la muerte de la persona, ya sea directa o indirectamente, con la intención de eliminar el sufrimiento de esa persona. Puesto que se trata de matar deliberadamente a la persona, eutanasia es siempre moralmente inaceptable.<sup>26</sup> Eutanasia o cualquier otra forma de muerte misericordiosa, incluyendo el suicidio asistido por médico, es una violación grave de la ley de Dios y completamente contraria a nuestra fe cristiana.<sup>27</sup>

Cuidado Médico – “Cuidado Médico” es legalmente definido como cualquier cuidado, tratamiento, servicio, o procedimiento para mantener, diagnosticar, tratar, o proveer para comodidad de cuidado físico, personal o mental del Principal incluyendo medidas de prolongación de vida. “Cuidado Médico” incluye tratamiento de salud mental.<sup>28</sup>

Incapaz de Tomar o Comunicar Decisiones de Cuidado Médico – (*algunas veces conocido como “incapacidad médica”*) La ley de Carolina del Norte declara que la determinación de que una persona” no tiene la capacidad de tomar o comunicar decisiones de cuidado de salud” deberá ser designado por el medico(s) en escrito o, en el caso de tratamiento de salud mental, médico o psicólogo elegible asignado por el Principal en escrito y deberá continuar vigente durante la incapacidad del Principal. Esta determinación deberá ser tomada por el médico tratante o psicólogo elegible, si el medico(s) o el psicólogo elegible asignados por el Principal no está

---

<sup>22</sup> N.C.G.S. § 32A-18.

<sup>23</sup> N.C.G.S. § 32A-19(a).

<sup>24</sup> N.C.G.S. § 32A-19(b).

<sup>25</sup> N.C.G.S. § 32A-17.

<sup>26</sup> “Declaration on Euthanasia,” Part II; Catechism of the Catholic Church, # 1994, 1997, 2277.

<sup>27</sup> Pope John Paul II, The Gospel of Life, #65 (1995).

<sup>28</sup> N.C.G.S. § 32A-16(ia).

disponible o no está dispuesto a tomar esta determinación o si el Principal no asignó a un médico o psicólogo elegible.<sup>29</sup>

Medidas de Prolongación de Vida – La Ley de Carolina del Norte, define “medidas de prolongación de vida” como procedimientos médicos o intervenciones las cuales al juzgar del médico tratante solo servirían para posponer artificialmente el momento de muerte sosteniendo, restaurando, o suplementando una función vital. Incluyendo ventilación mecánica, diálisis, antibióticos, nutrición e hidratación artificial, y tratamientos similares. Medidas de prolongación de vida no incluyen cuidado necesario para proveer comodidad o aliviar dolor.<sup>30</sup> Además, el uso de antibióticos para quitar una infección que tal vez lleve a la muerte debe de ser recomendado y no ser considerado como “medida de prolongación de vida.” No obstante, la definición legal de “medidas de prolongación de vida” la Iglesia enseña que la provisión de nutrición e hidratación aun de forma artificial, es considerada proporcionada y por eso moralmente obligatoria excepto en casos donde tal provisión es inútil o impone una carga excesiva. Por eso, como católicos de fe, “medidas de prolongación de vida” no incluyen nutrición e hidratación y no pueden ser discontinuados o detenidos excepto en casos donde la nutrición e hidratación sean inútiles o impongan una carga excesiva.

Testigos Calificados – Un testigo en presencia del cual el Principal a ejecutado el Advance Medical Directive, quien considera al Principal estar sano mentalmente y quien declara que él o ella (i) no está relacionado a un grado tercero del principal ni de la esposa(o), (ii) no sabe ni tiene expectación de que él o ella tendría derecho a ninguna porción de los bienes del Principal en el momento de su muerte, (iii) no es el médico tratante o proveedor de cuidado mental del Principal, ni es un empleado pagado del centro de cuidado de salud donde el Principal reside, y (iiiv) no tiene derecho a ninguna porción de los bienes del Principal a la hora de la ejecución del Advance Medical Directive.<sup>31</sup>

## **Parte IV: Guías<sup>32</sup>**

### **Requerimientos Básicos**

El proceso para crear un Advance Medical Directive, en Carolina del Norte, puede ser simple y solo tiene tres pasos esenciales: (1) el adulto pone sus deseos en escrito, (2) él o ella lo firma y (3) el documento es firmado por lo menos dos adultos testigos calificados. Todas las firmas deben ser notariadas.<sup>33</sup>

El Advance Medical Directive, no tiene que ser revisado por un abogado. La diócesis de Raleigh ha creado un Advance Medical Directive que usted puede usar gratuitamente. Sin embargo, no

---

<sup>29</sup> N.C.G.S. § 32A-20(a).

<sup>30</sup> N.C.G.S. § 32A-16(4).

<sup>31</sup> N.C.G.S. § 32A-16(6).

<sup>32</sup> El sumario de estas guías solo tiene intenciones educativas y no debe considerarse a representar como consejo legal. Porciones de este sumario han sido adaptadas del *Virginia Advance Directives Primer for Providers*, Health Law Section of the Virginia State Bar (Richmond, Virginia), 2009.

<sup>33</sup> N.C.G.S. § 32A-20(b).

forma específica escrita de un Advance Medical Directive, es requerida bajo la ley de Carolina del Norte. Carolina del Norte también reconoce Advance Medical Directives, creados en otros estados, siempre y cuando esos Directives cumplan con las leyes de los estados donde fueron creados y no sean conflictivos con las leyes de Carolina del Norte. Por último, fotocopias, faxes, formas generadas por computadora (como PDF,s escaneados) de Advance Medical Directives, son todos válidos en Carolina del Norte.

### **Advance Medical Directive Oral**

Advance Medical Directives, debe ser puesto por escrito, porque la ley de Carolina del Norte, no reconoce específicamente una declaración oral como válida.

### **Escogiendo Agente(s) de Cuidado Medico**

Usted necesita pensar con cuidado acerca de a quien elegirá como su agente de cuidado porque esta será la persona que será responsable y legalmente autorizada a tomar decisiones de cuidado de salud cuando usted no pueda tomar esas decisiones por sí mismo(a). La persona que usted elija debe tener 18 años o mayor, debe de conocer bien sus valores y deseos y estar preparado a seguir las enseñanzas morales de la Iglesia Católica y sus preferencias de tratamiento médico. El agente no necesita vivir en Carolina del Norte, pero por lo menos debe de estar disponible por teléfono. Para evitar problemas, es mejor nombrar solamente a una persona para servir como su agente, y al mismo tiempo es importante nombrar sucesores, por lo menos dos en caso de que el agente primario no esté disponible.

### **Instruyendo a los Agentes de Cuidado Médico y Proveedores de Cuidado Médico**

Como persona responsable mayor de 18 años y residente en Carolina de Norte, usted tiene el derecho legal de dar instrucciones al personal médico y cualquier tribunal, ya sea directamente o por medio de su agente de cuidado médico, sobre que cuidado médico usted aceptará o rechazará. Usted tiene el derecho de decirles que considera comida y agua (nutrición e hidratación) como necesidades y no como “tratamiento.” Usted tiene el derecho de decirles que, si algún día usted es diagnosticado como estar en estado inconsciente permanente, usted no tiene, basado en solo ese hecho “enfermedad terminal”

### **Revocación y Cancelación**

Usted puede revocar o cancelar su Advance Medical Directive, en cualquier momento, siempre y cuando usted pueda tomar y comunicar decisiones de cuidado médico. Usted puede ejercer este derecho de revocar en escrito o de cualquier manera que usted sea capaz de comunicar clara y consistentemente su intención de revocación. Usted puede revocar todo su Advance Medical Directive, o cualquier parte de este, dejando el resto en efecto. La ley requiere que usted informe a su médico tratante de esta revocación.<sup>34</sup>

Usted puede cancelar su Advance Medical Directive, destruyéndolo o pidiendo a alguien que lo destruya en su presencia (si usted elige este método, es mejor destruir toda copia en existencia), o puede declarar sus nuevos deseos oralmente (si elige este método debe de tener testigos que

---

<sup>34</sup>N.C.G.S. § 32A-20(b).

firmen y pongan fecha en un apunte en su historial médico), o firmando y fechando un documento nuevo el cual también ha sido apropiadamente atestiguado. También debe de comunicar por escrito a cualquier agente de cuidado médico previamente nombrado sobre su cancelación del Advance Medical Directive. El Advance Medical Directive, no puede ser revocado por familiares o por proveedores de cuidado de salud. Si familiares u otros están en desacuerdo con su Advance Medical Directive en el momento en que usted este hospitalizado a incapaz de tomar decisiones cuidado de salud, deben de ser invitados a contactar al comité de ética del hospital o a buscar consejo legal.

### **Firma y Fecha**

Si usted no puede firmar el documento de Advance Medical Directive, usted puede poner su marca (“x”) en presencia de por lo menos dos testigos calificados y pedir a alguien de 18 años o mayor que ponga la fecha en su presencia. Las personas que sean testigos deberán poner sus nombres, firmas y direcciones y números de teléfono en el documento.

### **ENTREGUE COPIAS DE ESTE DOCUMENTO A:**

- Su médico (con la petición de que este sea parte de su registro medico)
- Su agente de cuidado médico (y agentes sucesores de cuidado médico)
- Su familia
- Lugar o lugares de cuidado médico
- Su abogado, si tiene uno, y opcionalmente a North Carolina Health Care Registry ([www.nclifelinks.org/ahcdr](http://www.nclifelinks.org/ahcdr))

### **Riesgos de no Tener un Advance Medical Directive:**

- (1) Sus direcciones específicas sobre su propio tratamiento médico pueden ser no conocidas o ignoradas.
- (2) Decisiones sobre su tratamiento médico pueden ser tomadas por familiares y no por la persona que usted hubiera elegido, o por un tribunal o por un guardián nombrado por un tribunal si familiares no pueden o no quieren tomar decisiones sobre sus decisiones de cuidado médico.
- (3) Su familia tendrá el peso de tomar decisiones por usted sin dirección de usted, y si no pueden estar de acuerdo, el problema de pasar por procedimientos tribunales.
- (4) Aspectos morales de estos directivos así enseñados por la Iglesia católica, talvez no sean observados.

## ADVANCE MEDICAL DIRECTIVE

Yo, [escribir su nombre] \_\_\_\_\_, estando en buen estado mental, y mayor de 18 años y siendo residente de Carolina del Norte, voluntariamente e intencionadamente hago saber mis deseos en el evento de que sea incapaz de tomar o comunicar decisiones informadas de la forma en que siguen:

1. Entiendo que mi Advance Medical Directive, puede incluir la selección de un agente de cuidado médico además de establecer mis elecciones con respecto al cuidado médico.
2. La determinación de que no tengo la capacidad de tomar o comunicar decisiones de cuidado médico deberá ser tomada por el médico o médicos o, en el caso de tratamiento cuidado mental, médico o psicólogo elegible, asignado por mí en escrito y continuará en efecto durante mi incapacidad. La determinación deberá ser hecha por mi médico tratante o psicólogo elegible si el médico o médicos psicólogo elegible designado por mí no está disponible o de otra forma, no está dispuesto a tomar esta determinación o si yo he fallado en asignar a un médico o médicos o a un psicólogo elegible.
3. Si en algún momento se me ha determinado a no tener la capacidad de tomar o comunicar decisiones de cuidado de salud, deberé ser notificado, al grado que sea capaz de recibir tal notificación, que tal determinación ha sido hecha antes de que cuidado médico haya sido proveído, continuado, detenido o removido. Tal determinación también deberá ser proveída tan pronto sea posible a mi agente nombrado o persona autorizada por North Carolina Statutes Section 32A-15 a 32A-27, a tomar decisiones de cuidado médico por mí. Si después se me determina capaz de tomar decisiones por mi médico, por escrito después de una examinación personal, entonces cualquier decisión adicional acerca del cuidado de salud necesitara mi consentimiento.
4. Este Advance Medical Directive, no se terminará en el evento de mi discapacidad.
5. Este Advance Medical Directive, refleja mis deseos y pido a las autoridades médicas y legales en todos los estados y país que se respeten.
6. Pretendo que este Advance Medical Directive, sea interpretado de acuerdo a mis creencias religiosas y mis valores básicos en acuerdo con las leyes de Carolina del Norte. Se pretende que este documento sea válido en cualquier jurisdicción que sea presentado. Los poderes delegados bajo este documento son separables, para que la invalidez de uno o más poderes no afecte ninguno de los otros. Este documento pretende cumplir con los requisitos del capítulo 32A, artículo 3, del North Carolina General Statutes en su versión modificada de acuerdo a los Advance Directives.
7. Cualquier documento previo de agente de cuidado médico, incluyendo el nombramiento que tal vez sea hecho en el documento llamado “testamento en vida” o “poder legal durable de cuidado médico” o “el poder de atención médica” sea revocado.
8. Si estoy seriamente enfermo o en condición terminal, pido ser atendido por un sacerdote católico y recibir los sacramentos de reconciliación, unción de los enfermos y el viatico.

## **Seccion I**

### **A. A nombramiento de mi Agente de Cuidado Médico**

En la presente yo nombré a la persona(s) a actuar como mi agente(s) de cuidado médico (de cualquier manera, que yo pudiera actuar en persona) a tomar decisiones por así autorizadas en este documento. Mi agente(s) asignado actuará solo, en el orden nombrado.

1. Nombre (escrito): \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Números telefónicos \_\_\_\_\_

2. Nombre (escrito): \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Números de teléfono \_\_\_\_\_

3. Nombre (escrito) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Números de teléfono \_\_\_\_\_

Cualquier agente sucesor deberá ser dotado con el mismo poder y deber como si hubiera sido originalmente nombrado y deberá actuar en cualquier momento en que su predecesor no pueda o no esté dispuesto a servir en esa capacidad.

### **B. Poderes concedidos a mi agente de cuidado médico**

En la presente concedo poder completo y autoridad de mi cuidado médico a mi agente nombrado arriba, para tomar decisiones de cuidado médico por mi cuando sea que yo sea determinado incapaz de tomar decisiones informadas sobre proveer, detener, o remover tratamiento médico.

Los poderes de mi agente de cuidado médico incluirán los siguientes:

1. Solicitar, recibir y revisar cualquier información, verbal o escrita, con respecto a mi salud física o mental, incluyendo, pero no limitado a, expedientes de hospital y médicos, y permitir la revelación de esta información.
2. Emplear o despedir a mis proveedores de cuidado médico.
3. Permitir y autorizar mi admisión y salida del hospital, acilo o casa convalecencia, hospicio, lugar de cuidado a largo plazo u otra institución de cuidado médico.
4. Conceder y autorizar mi admisión y retención en un lugar para el cuidado o tratamiento de enfermedad mental.

5. Conceder y autorizar la administración de medicamentos, para el tratamiento de cuidado mental y tratamiento electro convulsivo (ETC) conocido comúnmente como “tratamiento de shock”
6. Dar consentimiento a, retirar consentimiento de o detener consentimiento para rayos “x”, anestesia, medicamentos, cirugía y todo otro diagnóstico y procedimientos de tratamiento ordenados por o bajo la autorización de un médico con licencia, dentista podiatra u otro proveedor de cuidado de salud. Esta autorización específicamente incluye el poder de conceder medidas para aliviar el dolor.
7. Proveer mi información médica a cualquier individuo que la solicite actuando como mi apoderado bajo un poder legal durable, o como fideicomisario o sucesor bajo cualquier acuerdo de fideicomiso del cual yo soy cedente o fideicomisario, o bajo la petición de cualquier otro individuo quien mi agente de cuidado médico cree que debe de tener tal información. Deseo que tal información sea proveída cuando sea que pueda apresura el pronto y apropiado manejo de mis asuntos o los asuntos de cualquier persona o entidad por la cual yo soy responsable. Además, yo autorizo a mi agente de cuidado médico a tomar cualquiera y toda acción legal necesarios para asegurar obediencia de mis instrucciones proveyendo acceso a mi información protegida de cuidado médico. Tales pasos incluyen requerir a cualquier y todos los procedimientos legales adentro y fuera del tribunal como tal vez sea necesario para hacer cumplir mis derechos bajo la ley e incluirá tratar de recuperar los gastos de abogado contra quien sea que no cumpla con este apoderado de cuidado de salud.
8. Tomar cualquier acción legal necesaria para tomar esas decisiones, incluyendo, pero no limitadas a: (i) firmar, ejecutar, deliberar y reconocer cualquier acuerdo, dejar, autorizar u otro documento que talvez sea necesario, deseado, conveniente o apropiado en orden de ejercer y llevar acabo cualquiera de estos poderes; (ii) conceder comunicados de responsabilidad a proveedores de cuidado médico u otros; y (iii) incurrir en costos razonables en mi nombre relacionados con ejercer estos poderes, previsto que este apoderado de cuidado de salud no dará a mi agente de cuidado de salud autoridad general sobre mi propiedad o asuntos financieros.

A pesar de lo anterior, es mi intención que inmediatamente en el momento de la ejecución de este documento, mi agente de cuidado médico sea considerado representante personal bajo privacidad regulatoria de protección de información de cuidado médico. Mi agente de cuidado médico deberá ser intitulado a toda información de identificación individual de cuidado médico y otros archivos médicos en la misma forma que si yo, personalmente hiciera la solicitud. Yo autorizo a cualquier médico o cualquier otra persona o entidad en posesión de información protegida de cuidado de salud a entregarle a mi agente de cuidado de salud, la autorización deberá ser considerada consentimiento a la entrega de tal información bajo las leyes actuales, reglas y regulaciones así como leyes futuras, reglas y regulaciones y correcciones a tales leyes, reglas y regulaciones a incluir, pero no a ser limitadas a o por la concesión expresa de autoridad a representantes personales así proveídos a las leyes de privacidad de información y

regulaciones y correcciones generalmente referidas como HIPAA. La autoridad dada a mi agente de cuidado médico no tiene fecha de vencimiento y solo se vencerá en el hecho de que yo revoque la autoridad aquí dada. La autoridad dada a mi agente de cuidado médico sobrepasa cualquier acuerdo que yo haya hecho con mis proveedores de salud para limitar acceso o revelación de mi identificación individual de cuidado médico. La autoridad dada a mi agente de cuidado médico no tiene fecha de vencimiento y solo se vencerá en el hecho de que yo revoque la autoridad por escrito y se la entregue a mi proveedor de cuidado médico.

### **C. Duración y Alcance de la Autoridad de mi Agente**

Mi asignación de agente de cuidado médico solo se termina cuando yo la revoque. Revocación ausente, la autoridad permitida en este documento será efectiva cuando y si alguno de mis médicos determina que no tengo la capacidad de tomar o comunicar decisiones relacionadas a mi cuidado de salud y continuará en efecto durante esta incapacidad o hasta mi muerte, con la excepción de que si yo autorizo a mi agente de cuidado de salud ejecute mis derechos con respecto a donaciones anatómicas, autopsias o disposición de mis restos, esta autoridad continuará hasta después de mi muerte en la medida que sea necesario para ejercer esta autoridad.

1. \_\_\_\_\_(médico)
2. \_\_\_\_\_(médico)

Si no he asignado médico o no médicos nombrados arriba es razonablemente disponible, la determinación de que no tengo la capacidad para tomar o comunicar decisiones sobre mi cuidado médico deberán ser tomadas por mi médico tratante.

En ejercer el poder de tomar decisiones de cuidado por mí, mi agente de cuidado médico deberá seguir mis deseos y preferencias mencionadas en este documento o en casos no mencionados en mis instrucciones en este documento, contrarios a lo sabido por mi agente. Mi agente de cuidado de salud deberá guiarse por mi diagnóstico médica y pronóstico cualquier otra información proveída por mis doctores sobre la intrusión, dolor, riesgos, efectos secundarios, beneficios y alternativas asociadas con tratamiento o no tratamiento. Mi agente de cuidado médico no deberá autorizar un tratamiento que él o ella sabe o después de una indagación razonable sebera saber, es contraria a mis creencias religiosas o mis valores básicos ya sea expresado oralmente o por escrito.

Mi agente no será responsable de los costos de tratamiento conforme que mi agente autorice bajo la autorización de poder legal. Mi agente de cuidado tendrá derecho al reembolso por todos los gastos resultados por llevar acabo cualquier provisión de este documento.

Mi agente continuará teniendo la autoridad de servir como mi agente aun en el caso de que yo proteste la autoridad de este agente después de a ver sido determinado a no tener la capacidad de tomar o comunicar decisiones de cuidado de salud.

Si es necesario que un tribunal nombre a un guardián para mí persona, yo nombro a la persona asignada en la sección 1, en el orden nombrado, a ser guardián de mi persona, a servir sin fianza o garantía. El guardián deberá actuar consecuentemente con G.S 35A-1201(a)(5).

## **Sección II**

### **A. Instrucciones Generales: Presunción de por Vida**

1. Mis deseos y preferencias están basadas en la tradición judeo-cristiana moral, la cual ve a la vida humana como un regalo de Dios amoroso. Además, esta tradición respeta la vida de todo ser humano porque todo ser humano está hecho a imagen y semejanza de Dios, y por eso tiene un valor y significancia especial.
2. Creo que vengo de Dios y regresaré a Dios – en el momento y hora de Dios no la mía.
3. Como miembro de la Iglesia Católica deseo seguir las enseñanzas morales de la Iglesia, o, aunque no sea miembro de la Iglesia católica, de cualquier manera, indico a mi agente que se apegue a las enseñanzas morales de la Iglesia católica cuando esté tomando decisiones en mi nombre. Deseo recibir todo el cuidado obligatorio que mi fe enseña que debemos aceptar. Además, creo que Jesús ha conquistado y la muerte ha perdido su aguijón (1Cor. 15:55) y la muerte no debe de ser resistida por y ninguna manera y que tengo el derecho de rechazar tratamiento médico que es excesivamente pesado y solo prolongara mi muerte. Además, sé que moralmente tal vez reciba medicamento para aliviar el dolor aun si previsto que este uso tenga el no intencionado resultado de acortar mi vida. Yo indico que aquellos cuidándome eviten hacer cualquier cosa que sea contraria a las enseñanzas morales de la Iglesia católica. Si mis proveedores de cuidado médico desconocen tales enseñanzas o referencias autoritativas de la Iglesia, pido que un capellán certificado o sacerdote católico sea consultado para proveer consejos.
4. Considero comida (nutrición) y agua (hidratación), aun por métodos artificiales, a ser siempre natural y, en principios, maneras ordinarias y proporcionadas de preservar la vida, no actos médicos o terapéuticos. Yo indico a mi agente de cuidado médico que autorice a mis proveedores de cuidado médico me den comida y líquidos, intravenosamente, por tubos, o de otras maneras que sea completamente necesarias para preservar mi vida y para asegurarme la más óptima salud posible, por lo menos o hasta que tal nutrición e hidratación sean claramente superadas por un peligro definitivo o carga o sean inútiles de lograr el objetivo pretendido.
5. Rechazo en cualquier situación cualquier tratamiento que use a un recién nacido o aun no nacido o cualquier tejido u órgano de un recién nacido o aun no nacido, que sea producto de un aborto o tejido de un aborto provocado.
6. Rechazo en cualquier situación el tratamiento que use un órgano de otra persona obtenido de una manera que directamente cause, contribuya o acelere la muerte de esa persona.
7. Es mi intención que las instrucciones en este documento sean seguidas aun si se alega que eh atentado el suicidio después de haber sido firmado.

8. Yo indico que tratamiento médico y cuidado médico me sean proveídos para preservar mi vida sin discriminación basada en mi edad, discapacidad física o mental, o mi calidad de vida actual.
9. Yo indico que no se me quite la vida por medio de suicidio asistido, o eutanasia, la última quiere decir acción u omisión que directamente e intencionalmente me cause la muerte.

## **B. Instrucciones Particulares con Respecto a Tratamiento de Prolongación de Vida**

Cuando yo esté en las etapas finales de una enfermedad terminal o lesión o cuando mi muerte sea inminente (estado permanentemente inconsciente o demencia avanzada), pido ser informado para poder prepararme para mi muerte. Después de que se hayan hecho esfuerzos razonables para satisfacer mi petición así confirmado arriba, yo indico lo siguiente (poner inicial en solo una opción).

1. \_\_\_ que la aplicación de todos los procedimientos de prolongación de vida (incluyendo respiración artificial, resucitación cardiopulmonar y procedimientos invasivos) que solo servirían para prolongar el proceso de muerte, sean retirados o detenidos y se me permita morir naturalmente con solo la administración de medicamentos y el procedimiento médico considerado necesario para asegurar mi comodidad y aliviar el dolor.

**O**

2. \_\_\_ que todos los tratamientos generalmente aceptables y razonablemente posibles de cuidado médico continúen.

**O**

3. \_\_\_ que yo elija no proveer guías por escrito e indique a mi agente de cuidado médico a que tome decisiones de termino de vida basado en mis deseos y valores conocidos.

En la ausencia de mi capacidad de dar direcciones sobre el uso de tales procedimientos de prolongación de vida, es mi intención que este Advance Medical Directive sea respetado por mi familia y médico como la final expresión de mi derecho a rechazar cuidado médico y mi aceptación de las consecuencias de tal rechazo. En todo caso, yo indico que direcciones sobre mi cuidado y tratamiento médico sean hechos en acuerdo con las enseñanzas morales católicas.

A pesar de la definición legal de “procedimientos de prolongación de vida” de acuerdo a mis creencias católicas, yo rechazo nutrición e hidratación artificial como “procedimientos de prolongación de vida” por el hecho de que nutrición e hidratación artificial son necesidades básicas y no son cuidado médico. Por eso, cualquier dirección en la presente de detener procedimientos de prolongación de vida no deben de significar que se detengan nutrición e hidratación artificiales a menos que, o hasta que los beneficios de nutrición e hidratación sean sobrepasados por o la carga un peligro definitivo, o sean inútiles en alcanzar su resultado esperado.

### **C.Instrucciones Adicionales de Cuidado Médico Para Mujeres.**

Si estoy embarazada, yo digo que, independientemente de mi condición física o mental, todos los procedimientos médicos indicados, incluyendo nutrición e hidratación medicamente asistidos, sean proveídos para mantenerme en vida y mantener en vida a mi bebe no nacido hasta que nazca o por lo menos hasta que la viabilidad del bebe sea obtenida. Nadie está autorizado a aceptar ningún tratamiento o procedimiento por mí que la única inmediata y directa intención es la terminación de mi embarazo antes de que la viabilidad de mi bebe aun no nacido sea obtenida.

Entiendo que tal vez yo acepte o rechace moralmente operaciones, medicamentos y formas de tratamiento que tienen como propósito directo la cura de una condición patológica cuando estas intervenciones no puedan ser pospuestas sin peligro hasta que la viabilidad de mi aun no nacido sea obtenida, aun si tales intervenciones resulten en la muerte de mi bebe. Si se me ha determinado incapaz de proveer consentimiento para tales intervenciones, yo (poner inicial en solo una opción):

1. \_\_\_\_\_le doy la autoridad a mi agente para aceptar o rechazar tales intervenciones.

**O**

2. \_\_\_\_\_no le doy la autoridad a mi agente para aceptar o rechazar tales intervenciones.

### **Sección III: Nombramiento de Agente a Tomar decisión de Donación Anatómica, Tejido u Ojo (Esta Sección es Opcional)**

En la medida que de otra manera yo no haga preparamientos válidos y ejecutables durante mi vida, mi agente de cuidado de salud (**Puede poner su inicial en una o todas las opciones abajo**)

\_\_\_\_\_puede autorizar una autopsia.

\_\_\_\_\_puede dar consentimiento de donación de todo o algo de mi tejido u órganos de manera consistente con la enseñanza católica.

\_\_\_\_\_puede dirigir la disposición de mis restos de manera consistente con la enseñanza católica.

Al firmar arriba no intento revocar ningún valido y ejecutable provisión de testamento o instrumentos de donación anatómica, ya sea ejecutado por mi antes o después de la fecha de este documento.

### **Sección IV: Afirmación y Derecho a Revocar**

Al firmar aquí, yo indico que estoy mentalmente alerta (a) y competente, completamente informado sobre los contenidos de este documento y comprendo completamente el significado de esta concesión de poderes a mi agente de cuidado médico. Estoy consciente y entiendo que este documento establece mis deseos sobre las condiciones futuras en las cuales medidas de prolongación de vida pueden ser detenidas o retiradas en ciertas condiciones de acuerdo a mis instrucciones anticipadas.

Hoy día del \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_(sello)

Nombre: \_\_\_\_\_

Declaro por la presente que el Principal \_\_\_\_\_, estando sano de mente, firmó (o indicó a alguien que firmara en su presencia) este documento en mi presencia, que no estoy relacionado al Principal por sangre o matrimonio y que no tendré derecho ninguna porción de los bienes del Principal bajo ningún testamento o codicilo existentes del principal o como heredero bajo el Acto de Sucesión de Intestado si el Principal murió en este día sin testamento. También declaro que no soy el médico tratante del Principal, ni un proveedor de cuidado médico certificado o proveedor de tratamiento médico mental que es (1) empleado del médico tratante del Principal o proveedor de tratamiento médico mental, (2) empleado del lugar donde el Principal es un paciente o, (3) empleado de un acilo de ancianos o ningún lugar de cuidado a adultos donde el Principal vive. Además, declaro que no tengo ninguna pretensión con el Principal o los bienes del Principal.

Fecha: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Testigo: \_\_\_\_\_

NORTH CAROLINA

\_\_\_\_\_ COUNTY

Jurado a (o afirmado) y suscrito en mi presencia este día por

\_\_\_\_\_  
(escribir, imprimir o firmar el nombre del Principal)

\_\_\_\_\_  
(escribir, imprimir o firmar el nombre del testigo)

\_\_\_\_\_  
(escribir, imprimir o firmar el nombre del testigo)

\_\_\_\_\_  
(escribir, imprimir o firmar el nombre del testigo)

Fecha \_\_\_\_\_  
(Sello oficial)

\_\_\_\_\_  
Firma del Notario Publico  
\_\_\_\_\_, Notario Público  
Nombre escrito o imprimido

Mi comisión caduca: \_\_\_\_\_

Para copias, comentarios o clarificaciones contactar: Respect Life Office, Catholic Diocese of Raleigh 7200 Stonehenge Dr. Raleigh North Carolina 27613. 919-645-4438

Catholic Diocese of Raleigh