

Planificación anticipada de la atención

Dar a conocer sus deseos en materia de atención



Voluntades anticipadas

Tiene derecho a completar documentos de voluntades anticipadas para dar a conocer sus decisiones sobre atención sanitaria en caso de que no pueda hablar por sí mismo. Este paquete le ayudará a entender las distintas decisiones que puede ser útil comunicar a sus seres queridos y a los profesionales sanitarios.

¿Quién debe redactar un documento de voluntades anticipadas?

Un adulto que desea que se conozcan sus decisiones sanitarias puede rellenar un documento de voluntades anticipadas.

¿Qué son las voluntades anticipadas?

Un documento de voluntades anticipadas son instrucciones escritas que documentan sus decisiones sanitarias.

- Un Poder Notarial para la Asistencia Sanitaria (POA-HC por sus siglas en inglés) es un documento legal que designa a una persona para que tome decisiones sanitarias por usted si usted no puede tomar sus propias decisiones. A esta persona se la suele llamar agente de asistencia sanitaria, apoderado, sustituto en la toma de decisiones o apoderado para la asistencia sanitaria. En los documentos legales se le denomina “mandante”.
- Un testamento en vida es otro tipo de documento en el que usted describe e informa a los profesionales sanitarios y a sus familiares del tipo de atención médica que desearía recibir si padece una enfermedad terminal o si se encuentra en estado vegetativo persistente.

¿Qué son las POLST?

Las POLST son órdenes médicas portátiles para que las personas comuniquen sus preferencias sobre el uso de la reanimación cardiopulmonar (RCP) y otras intervenciones médicas de soporte vital. Puede ser útil para cualquier persona con una enfermedad terminal o que limite su vida.

¿Cuándo debo revisar mis voluntades anticipadas?

Es importante que revise periódicamente sus voluntades anticipadas, porque nunca se sabe cuándo puede tener una urgencia médica.

Los momentos sugeridos para revisar y actualizar son:

- Después de un divorcio
- Si recibe un nuevo diagnóstico
- Tras el fallecimiento de un familiar o amigo
- Si su salud empeora
- Al cumplir una nueva década

Secciones del documento de voluntades anticipadas:

Parte 1: Poder notarial para la atención sanitaria (obligatorio)

Un poder notarial para la atención sanitaria le permite nombrar a otra persona para que actúe como su agente y tome decisiones médicas en su nombre si usted no puede tomarlas por sí mismo. Un agente puede ser un familiar, un cónyuge o pareja, o un amigo. Es importante hablar con esta persona para que sepa lo que a usted le importa.

Si no ha completado un poder notarial para la asistencia sanitaria y no puede tomar sus propias decisiones, se pedirá a la(s) siguiente(s) persona(s) que tome(n) decisiones por usted, en este orden: cónyuge, hijos adultos, padres, hermanos adultos, otro pariente, amigo íntimo.

Parte 2: Sus objetivos y deseos de tratamiento (opcional)

Piense en estas preguntas:

- ¿Cuáles son sus objetivos generales de salud?
- ¿Qué es una calidad de vida aceptable?

Se ofrecen opciones para que exprese sus decisiones sobre aceptar, rechazar o interrumpir el tratamiento en situaciones concretas. Hay espacio para que escriba cualquier directriz adicional.

Parte 3: Sus decisiones sobre el tratamiento (opcional)

Los tratamientos para mantener la vida pueden ser un puente hacia la recuperación; sin embargo, a veces estos tratamientos no conducen a una calidad de vida aceptable. Puede expresar sus decisiones sobre las limitaciones del tratamiento, que pueden incluir reanimación cardiopulmonar, respiradores, sondas de alimentación, diálisis y otros tratamientos.

En este paquete se incluyen hojas de recursos adicionales sobre el estado del código y la reanimación cardiopulmonar, la nutrición e hidratación a largo plazo y el tratamiento de soporte vital.

Parte 4: Donación de órganos y tejidos (opcional)

Esta sección le da espacio para compartir sus deseos sobre la donación de órganos y tejidos. Para evitar posibles confusiones, en su carné de conducir y en sus instrucciones previas debe dar a conocer los mismos deseos sobre la donación de órganos y tejidos.

Parte 5: Firma del documento (Obligatorio)

Debe firmar en presencia de un notario o de testigos calificados.

Puede completar todas las partes del documento de voluntades anticipadas o solo las necesarias. Por ejemplo, si solo desea elegir un representante, complete ese apartado en la primera parte y luego vaya a la quinta parte y firme ante notario o ante testigos calificados.

Una vez completado el documento, entregue copias a su representante y representante(s) alternativo(s), a su proveedor de asistencia sanitaria, a su familia y a cualquier centro sanitario en el que sea probable que reciba asistencia.



Parte 1: Poder para Atención Médica (Obligatorio)

Part 1: Power of Attorney for Health Care (Required)

Yo, _____, el Otorgante, designo a _____,
quien es mí _____, cuya dirección es _____
y cuyo número de teléfono es _____ como mi apoderado para Atención
Médica.

Si el apoderado para Atención Médica mencionado anteriormente no puede o no desea actuar como mi
Apoderado para Atención Médica, designo por la presente a _____, quien es mí _____
, cuya dirección es _____, y cuyo número de teléfono es _____
_____ como mi suplente de Apoderado de Atención Médica.

Indico que mi Apoderado debe cumplir con las siguientes instrucciones o limitaciones en relación con mis
deseos sobre la atención médica (esto puede incluir mis deseos sobre, entre otros, instrucciones sobre el
tratamiento para mantener la vida y la administración artificial de nutrición e hidratación):

Autorizo a mi apoderado para que tome decisiones de atención medica por mí, incluidas decisiones de vida o muerte, cuando se determine, por parte de mi(s) proveedor(es) tratante(s), que carezco de la capacidad para tomar mis propias decisiones de atención médica.

Entiendo que puedo solicitar una segunda opción para confirmar mi capacidad. Además, autorizo la divulgación de registros médicos a mi Apoderado o Suplente de Apoderado, como se establece anteriormente.

He discutido o discutiré mis deseos sobre la atención médica con mi Apoderado o Suplente de Apoderado.

También entiendo que puedo revocar este Poder para Atención Medica en cualquier momento notificado a mi Apoderado, a mi(s) proveedor(es) tratante(s) o a la institución en la que soy paciente o residente.

Patient Label	
NAME: _____	DOB: _____
FIN: _____	MRN: _____

PERMANENT PART OF MEDICAL RECORD

Page 1 of 4

NMHS-2419SP
Rev. 9/2025



Parte 2: Metas y Deseos para su Tratamiento (Opcional)

Mis metas generales de salud incluyen:

- ☐ Deseo que se prolongue mi vida tanto como sea posible mediante cualquier medio médico.
- ☐ Acepto tratamiento para prolongar mi vida solo si podré:
- ☐ Comunicarme con amigos y familiares.
 - ☐ Cuidar de mí mismo/a.
 - ☐ Vivir sin dolor debilitante. Estar consciente y al tanto de mi entorno.
- ☐ No acepto cuidador para prolongar la vida. Solo acepto tratamiento orientado a mi comodidad.

Metas, Deseos o Creencias Adicionales que Quiero expresar: _____

Una calidad de vida aceptable incluye: _____

Lo que más me importa es: _____

Si estoy muriendo, es importante para mí estar (marque la opción):

- ☐ En casa
- ☐ Otro: _____
- ☐ Sin preferencia

Mis deseos respecto a cuidados espirituales incluyen:

Mi religión o fe: _____

Lugar de culto: _____

Información de contacto: _____

Los siguientes elementos me serían reconfortantes (música, oraciones, lectura de las escrituras, visita de mascotas): _____

Rituales religiosos, culturales o étnicos que son importantes para mí antes o después de mi muerte: _____

Patient Label	
NAME: _____	DOB: _____
FIN: _____	MRN: _____

PERMANENT PART OF MEDICAL RECORD

Page 2 of 4

NMHS-2419SP
Rev. 9/2025



Parte 3: Sus decisiones sobre el Tratamiento (Opcional)

Puede decidir qué tipo de tratamiento acepta o no acepta si se enferma gravemente o está muriendo. Independientemente de las limitaciones de tratamiento expresadas, tiene derecho a que se maneje su dolor y sus síntomas. A menos que se indiquen limitaciones de tratamiento, el equipo médico hará todo lo que sea médicamente apropiado para intentar salvar su vida.

A. Si mi corazón se detiene y dejo de respirar (marque una opción):

- ☐ Acepto la RCP ☐ No acepto la RCP

La RCP incluye la reanimación cardiopulmonar, que consiste en compresiones vigorosas del pecho, el uso de estimulación eléctrica, medicamentos para apoyar o restaurar la función del corazón y respiración de rescate (forzar aire hacia los pulmones)

B. Si mi corazón está latiendo y respiro (marque una opción):

- ☐ Intentar prolongar mi vida por todos los medios médicamente apropiados.
☐ Intentar restaurar la función evitando cuidados intensivos y esfuerzos de reanimación (Ventilador, desfibrilación y cardioversión).
☐ Maximizar la comodidad a través del manejo de síntomas; permitir la muerte natural.

C. Instrucciones adicionales sobre lo que acepto y no acepto: _____

D. Si no puedo tragar suficiente comida o agua para mantenerme vivo (marque una opción):

- ☐ Acepto un tubo de alimentación sin límite de tiempo. ☐ Acepto un tubo de alimentación por un corto tiempo para ver si sobrevivo o mejoro. ☐ No acepto un tubo de alimentación por NINGÚN periodo de tiempo.

Nota: Si está siendo tratado en otro estado, su agente de atención médica puede tener automáticamente la autoridad para retener o retirar un tubo de alimentación. Si desea que su agente decida sobre los tubos de alimentación, marque la casilla a continuación.

- ☐ Autorizo a mi agente para que tome la decisión sobre los tubos de alimentación.

Si no acepta tratamiento para prolongar la vida, por favor discútalo con su proveedor de atención médica. Su proveedor puede completar un PLOST para comunicar sus preferencias de tratamiento, especialmente en caso de emergencia.

Parte 4: Donación de Órganos/Tejidos (Opcional)

Mis deseos sobre la donación de órganos y tejidos (marque sus opciones):

- ☐ Consiento en donar mis órganos y/o tejidos.
☐ No quiero donar órganos ni tejidos.
☐ Quiero que mi agente de atención médica decida.
☐ Deseos adicionales sobre la donación de órganos: _____
☐ Deseo donar mi cuerpo para un programa de investigación o educación. (Nota: Deberá hacer sus propios arreglos con una escuela de medicina u otro programa con anticipación).

Patient Label	
NAME: _____	DOB: _____
FIN: _____	MRN: _____

PERMANENT PART OF MEDICAL RECORD

Page 3 of 4

NMHS-2419SP
Rev. 9/2025



Parte 5: Firma del documento (Requerido)

Firma del paciente (Principal):

Debe firmar en presencia de un notario o dos de testigos calificados.

HE LEÍDO ESTE PODER NOTARIAL PARA CUIDADOS DE LA SALUD Y ENTIENDO QUE PERMITE A OTRA PERSONA TOMAR DECISIONES SOBRE MI CUIDADO DE LA SALUD, VIDA Y MUERTE, SI SE DETERMINA QUE NO PUEDO TOMAR DICHAS DECISIONES.

Firma del paciente / Patient Signature

Fecha / Date

Firma del Notario / Notary Signature:

En este día ____ de _____ 20____, ante mí, _____,

Un notario público en y para el condado de _____,
_____, el principal firmó voluntariamente este documento en mi presencia.

Doy fe con mi firma y sello notarial en _____, en dicho condado, el día y año arriba indicados.

Seal

Firma del Notario Público / Signature of Notary Public

O

Firmas de los testigos / Signatures of Witnesses:

Las siguientes personas no califican para ser testigos: el cónyuge, padre, hijo, nieto, hermano, cualquier persona conocida como heredero de bienes o activos en el momento de ser testigo, el médico tratante, o un empleado de una compañía de seguros de vida o salud del paciente. No más de un testigo puede ser un administrador o empleado de una instalación de atención médica que esté cuidando o tratando al paciente. Las leyes pueden variar según el estado.

Declaramos que el principal es conocido personalmente por nosotros, que el principal firmó o reconoció la firma en el Poder Notarial para la Atención Médica en nuestra presencia, y que el principal parece estar en pleno uso de sus facultades mentales y no está bajo coacción ni influencia indebida, y que ninguno de nosotros, ni el médico tratante, ni la enfermera practicante, ni el asistente médico del principal es la persona designada como Apoderado para la Atención Médica.

Firma del Testigo / Witness Signature

Date / Date

Firma del Testigo / Witness Signature

Fecha / Date

Nombre escrito / Printed Name

Nombre escrito / Printed Name

Los siguientes tienen una copia de mi directiva anticipada (por favor, marque):

- ☐ Apoderado para la salud / Agente de atención médica
- ☐ Apoderado suplente / Agente alterno de atención médica
- ☐ Médico/proveedor(es) de atención médica: _____
- ☐ Miembro(s) de la familia: _____

Patient Label	
NAME: _____	DOB: _____
FIN: _____	MRN: _____

PERMANENT PART OF MEDICAL RECORD
Page 4 of 4

¿Quién necesita una POLST, una orden médica portátil?

POLST se trata de un proceso voluntario que permite a las personas gravemente enfermas o con fragilidad avanzada¹ elegir determinados tratamientos médicos cuando no pueden hablar por sí mismas.

Las conversaciones entre la persona y su proveedor de asistencia médica pueden dar lugar a un formulario de orden médica portátil denominado formulario POLST. Existen múltiples nombres para POLST (MOLST, MOST, POST, etc.), por lo que el estado donde reside puede llamarlo de otra manera (consulte: <https://polst.org/state-programs/>).

¿Cómo sé si POLST es adecuado para mí?

Las POLST se crearon para ayudar a las personas con enfermedades graves o fragilidad avanzada¹ a compartir sus preferencias de tratamiento con el personal de urgencias. Se trata de personas que, debido a su estado de salud, tienen probabilidades de sufrir una urgencia médica, y que probablemente saben cuál será esa urgencia. Se trata de personas que:

- Corren el riesgo de sufrir una urgencia médica debido a su estado de salud actual;
- Han tenido múltiples visitas no planificadas al hospital en el último año;
- Se le ha diagnosticado una enfermedad grave, como cardiopatía grave, cáncer metastásico, enfermedad pulmonar, renal o hepática avanzada, demencia avanzada y otras afecciones.
- Reconoce que el avance de su enfermedad está limitando significativamente su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria.

Si cree que POLST es adecuado para usted, hable con su proveedor sobre:

- Su estado de salud actual;
- Qué ocurre si se le reanima: cuánto tiempo estará probablemente en el hospital, sus probabilidades de recuperación, lo que eso significa para la evolución de su enfermedad; y
- Qué opciones de tratamiento tiene a su disposición y cuáles son sus ventajas y desventajas específicas.

Una orden médica POLST puede no funcionar para todo el mundo. A veces, las preferencias de tratamiento son demasiado complicadas para plasmarlas en una única orden médica.

¿Por qué POLST no está indicado para personas sanas?

Las personas sanas no necesitan un formulario POLST para disponer de todas las opciones de tratamiento médico durante una emergencia médica. Disponer de todas las opciones de tratamiento es la norma actual de atención, o lo que se proporcionará normalmente, por el personal de emergencias, como los Servicios Médicos de Urgencias, (EMS, por sus siglas en inglés), los socorristas y los proveedores del servicio de urgencias.

Las personas que no viven con una enfermedad grave o una fragilidad avanzada probablemente no necesitarán una orden médica POLST, excepto en circunstancias poco habituales. Puede hablar con su proveedor sobre los objetivos de cuidados y tratamientos y completar otros documentos de planificación de cuidados.

Hable con su proveedor de atención médica sobre el proceso POLST para ver si una orden médica POLST es adecuada para usted. Más información sobre el formulario POLST: Guía del paciente para una POLST en el siguiente enlace: (<https://polst.org/form-guide-patients-pdf>)

¹ que indica una combinación de enfermedad crónica avanzada y/o edad avanzada con deterioro funcional con o sin pérdida de peso significativa.

Methodist Health System

Códigos de estado y RCP

Cuando son ingresados al hospital, se les pregunta a los pacientes sobre sus "códigos de estados". El término "códigos de estado" describe el tipo de intervención, si corresponde, que el equipo de atención médica realizará en caso de que se detengan el corazón y la respiración del paciente. Los pacientes son tratados como un "código completo", a menos que proporcionen instrucciones verbales o por escrito que indiquen que no desean que el equipo de atención médica intente reanimarlos o que el equipo médico determine que la reanimación no será beneficiosa.

RCP

La reanimación cardiopulmonar (RCP) intenta revertir la etapa más temprana de la muerte, que es cuando el corazón y la respiración se detienen. La RCP puede provocar fracturas de costillas y lesiones internas. Si sobrevive a la RCP, es posible que presente problemas graves que pueden incluir daño cerebral.

Dos opciones de códigos de estado

1. Código completo:

- Se realiza la RCP. Esta incluye proporcionar respiraciones y presionar con fuerza sobre el pecho para intentar que la sangre circule.
 - Desfibrilación: se utiliza una máquina que administra descargas eléctricas al corazón.
 - Se pueden administrar medicamentos para estimular el corazón.
 - Introducir un tubo en la garganta (intubación) para que una máquina (respirador) respire por usted.
- ✓ Si elige ser un código completo, **TODAS las intervenciones enumeradas anteriormente se realizarán si son adecuadas desde el punto de vista médico.**

2. Sin código:

- No reanimar (Do Not Resuscitate, DNR) significa que el equipo médico no intentará resucitarlo. Podrá morir de forma natural con la certeza de comodidad y dignidad.

¿Una directiva de DNR cambia otros aspectos de su atención médica?

No. Se continúa con todos los demás tratamientos indicados desde el punto de vista médico.

Su decisión

Comprendemos que se trata de decisiones difíciles. Cuando decide el "código de estado" es importante que tenga en cuenta sus afecciones médicas subyacentes y cómo puede ser su vida si sobrevive. **Converse con su familia y equipo de atención médica para determinar cuál es la decisión correcta para USTED.**

Revisado: 11/2017. Actualizado: 02/2021, 09/2021, Revisado: 05/2024 También en SP Nebraska Methodist Health System. Todo el contenido de este documento tiene fines educativos, informativos y de guía únicamente, y no pretende sustituir la recomendación, el diagnóstico ni el tratamiento médico profesional individualizado. Ninguna parte de este contenido establece o debe usarse para establecer la definición legal de "estándar de atención". El contenido debe utilizarse como guía y, debido a que no puede ser aplicado de manera universal a todos los pacientes en todas las situaciones, los profesionales de atención médica deben usar el contenido junto con el criterio independiente y según cada caso individual.

Methodist Health System

Nutrición e hidratación a largo plazo administradas médicamente

¿Qué son la nutrición e hidratación administradas médicamente?

La nutrición e hidratación administradas médicamente pueden suministrarle alimentos y líquidos al organismo cuando una persona no puede tomar alimentos y bebidas de forma segura por vía oral.

¿Cómo se administran?

- Cuando un paciente está enfermo y no puede comer, los líquidos pueden proporcionarse temporalmente a través de una vía intravenosa (tubo insertado en una vena) o sonda nasogástrica (una sonda que se introduce a través de la nariz y llega al estómago).
- Si una persona sigue sin poder tragar con seguridad después de varios días, puede ser necesaria una solución a largo plazo. Un médico puede determinar si se puede insertar quirúrgicamente un tubo en el estómago, a veces llamado sonda PEG.
- El término “alimentación por sonda” es cuando la nutrición líquida se administra a un paciente a través de una sonda.

¿Cuándo se considera que la alimentación por sonda es a largo plazo?

- **Incapacidad para tragar de forma segura:** algunas afecciones, como un accidente cerebrovascular, pueden dañar la parte del cerebro que controla la capacidad de tragar. Una lesión u operación en la cabeza, el cuello o el aparato digestivo pueden provocar que la persona no pueda tragar temporal o permanentemente. La decisión con respecto a una sonda de alimentación depende de los objetivos de atención médica, la calidad de vida y el pronóstico de la persona.
- **Demencia:** las principales sociedades médicas no recomiendan la alimentación por sonda para pacientes con demencia en etapa avanzada debido a los riesgos asociados y la falta de beneficio.
- **Enfermedad en etapa terminal:** una persona próxima al final de su vida puede perder peso incluso cuando come o simplemente perder el deseo de comer. Esto es señal de que el trabajo de procesar los alimentos puede ser demasiado para el organismo. La nutrición e hidratación administradas médicamente pueden agregar más malestar a los síntomas físicos de una persona que está muriendo, tales como: dolor, distensión abdominal, cólicos, náuseas, vómitos, diarrea, hinchazón y dificultad para respirar. Cuando un paciente no puede tragar de forma segura o no puede comer o beber como consecuencia de una enfermedad a largo plazo o daño cerebral, es posible que la nutrición e hidratación administradas médicamente no sean beneficiosas.

¿Sufrirá mi ser querido si no proporcionamos nutrición e hidratación?

- La mayoría de los pacientes que se encuentran al final de la vida no suelen sentir hambre o sed.
- La alimentación por sonda es diferente a comer y beber normalmente y no brinda las sensaciones placenteras que provienen del sabor y la textura de los líquidos y alimentos.
- Existen medidas de comodidad que pueden utilizarse para tratar la resequedad de los labios y la boca de un paciente.

¿Se puede negar o retirar legalmente la nutrición e hidratación administradas médicamente?

Sí. El Tribunal Supremo ha dictaminado que la nutrición y la hidratación administradas médicamente son diferentes de la alimentación y la bebida normales, y pueden retirarse o retenerse si no cumplen los objetivos del paciente.

Revisado: 11/2017, Actualizado: 02/2021, Actualizado 04/2024 También en SP Nebraska Methodist Health System. Todo el contenido de este documento tiene fines educativos, informativos y de guía únicamente, y no pretende sustituir la recomendación, el diagnóstico ni el tratamiento médico profesional individualizado. Ninguna parte de este contenido establece o debe usarse para establecer la definición legal de “estándar de atención”. El contenido debe utilizarse como guía y, debido a que no puede ser aplicado de manera universal a todos los pacientes en todas las situaciones, los profesionales de atención médica deben usar el contenido junto con el criterio independiente y según cada caso individual.

Methodist Health System

Tratamiento de soporte vital

Los tratamientos médicos de soporte vital pueden apoyar a los órganos del cuerpo cuando estos no están funcionando bien. El objetivo de este tratamiento es mantener la vida de una persona al tiempo que se intenta revertir la causa subyacente de insuficiencia orgánica o para permitir que el cuerpo se recupere de una enfermedad.

¿Qué es la insuficiencia orgánica?

Nuestros órganos trabajan juntos para apoyar muchas funciones como la respiración, la circulación de oxígeno y la eliminación de residuos. La insuficiencia orgánica se produce cuando uno o más órganos no funcionan lo suficientemente bien como para mantener con vida al organismo. Esto puede suceder durante una lesión o enfermedad grave. Los órganos pueden dañarse con el tiempo debido a afecciones de salud crónicas como presión arterial alta, diabetes, enfermedades cardíacas, enfermedades respiratorias o cáncer. Cuando los órganos fallan, los pacientes pueden sufrir síntomas como falta de aire, disminución de la energía, inflamación y confusión. Estos síntomas se pueden tratar con medicamentos. Dependiendo de la causa y gravedad de la insuficiencia orgánica, los síntomas pueden continuar empeorando y, eventualmente, pueden llevar a la muerte.

¿Cuándo deben utilizarse los tratamientos de soporte vital?

Es una decisión personal. Puede depender de sus objetivos de atención médica, de la calidad de vida y de la capacidad del cuerpo para recuperarse. Si normalmente presenta una buena salud y tiene una buena calidad de vida, es posible que desee probar tratamientos para mantener la vida. Si su calidad de vida es deficiente y tiene dificultades para respirar, comer o caminar, tal vez desee limitar o rechazar tratamientos que pueden no ser beneficiosos o causar sufrimiento.

¿Durante cuánto tiempo deben usarse los tratamientos de soporte vital?

Depende de la enfermedad de la persona, los objetivos de atención médica y las preferencias. El tratamiento de soporte vital no siempre funciona y puede causar sufrimiento. Es difícil predecir los resultados. El equipo de atención médica evaluará con frecuencia si el tratamiento es eficaz o no. Algunas personas tienen afecciones que requieren tratamientos de soporte vital durante un período prolongado. Algunas personas no se sienten cómodas con la idea de “vivir conectadas a una máquina”. Es importante que hable con su familia y su proveedor de atención médica acerca de sus preferencias con respecto a los tratamientos de soporte vital.

¿Qué son los cuidados para pacientes terminales?

Si una persona no desea un tratamiento de soporte vital, o si este no es de beneficio, el equipo de atención médica puede mantenerlo cómodo. El objetivo de los cuidados para pacientes terminales es tratar o prevenir cualquier síntoma molesto que pueda presentarse para que pueda morir de forma natural y cómoda.

Revisado: 11/2017, 02/2021, Actualizado 04/2024 También en SP Nebraska Methodist Health System. Todo el contenido de este documento tiene fines educativos, informativos y de guía únicamente, y no pretende sustituir la recomendación, el diagnóstico ni el tratamiento médico profesional individualizado. Ninguna parte de este contenido establece o debe usarse para establecer la definición legal de “estándar de atención”. El contenido debe utilizarse como guía y, debido a que no puede ser aplicado de manera universal a todos los pacientes en todas las situaciones, los profesionales de atención médica deben usar el contenido junto con el criterio independiente y según cada caso individual.

Planificación anticipada de la atención

Recursos e Información de Contacto



Recursos adicionales

[Bestcare.org/advancedirectives](https://www.bestcare.org/advancedirectives)

Methodist Hospital/Methodist Women's Hospital

- Clínica de cuidados Paliativos: (402) 354-6530
- Servicios de Atención Espiritual: (402) 354-4016

Methodist Fremont Health

- Trabajo social: (402) 941-7360

Methodist Jennie Edmundson

- Trabajo social: (712) 396-6198

Si desea más información sobre la planificación de atención anticipada, contacte a su proveedor de atención médica.