

# SUS DERECHOS

como paciente del hospital en el estado de Nueva York



Conserve este folleto para referencia.  
Revíselo cuidadosamente y comparta la información  
con los familiares y amigos que participan en su atención.

Conserve este folleto para referencia. Revíselo cuidadosamente y comparta la información con los familiares y amigos que participan en su atención.

El gobierno federal y el gobierno estatal requieren que todos los pacientes hospitalizados en el estado de Nueva York reciban cierta información y ciertos materiales cuando sean admitidos en un hospital. Este folleto recopila esa información en un solo lugar, explica los derechos de todos los pacientes hospitalizados y contiene consejos para los pacientes sobre cuál es la mejor forma para obtener asistencia.

Se divide en dos secciones:

- La primera explica los derechos de cada paciente hospitalizado en el estado de Nueva York. También contiene un Glosario para ayudar a entender los términos que se usan más comúnmente en el hospital.
- La segunda sección proporciona los documentos que la ley exige que el hospital debe darle a todos los pacientes hospitalizados en un hospital en el estado de Nueva York.

Preguntas o comentarios: [hospinfo@health.ny.gov](mailto:hospinfo@health.ny.gov)

# CONTENIDO

<b>Acerca de sus derechos</b> . . . . .	2
Acerca de sus necesidades especiales . . . . .	2
Inquietudes/problemas/quejas sobre su atención en el hospital . . . . .	3
Si considera que se le está pidiendo que deje el hospital demasiado pronto . . . . .	4
Usted tiene derecho a presentar una queja acerca de:	
Los médicos o asistentes médicos . . . . .	5
Otros profesionales de atención médica . . . . .	5
Preguntas o quejas sobre la factura del hospital o sobre el seguro médico . . . . .	6
Acceso a sus expedientes médicos . . . . .	7
Glosario . . . . .	8
<b>Reglamentos e información</b> . . . . .	12
Declaración de los derechos del paciente . . . . .	13
Un mensaje importante relacionado con sus derechos como paciente hospitalizado (para pacientes cubiertos por Medicare) . . . . .	14
Aviso de admisión para los pacientes de Medicare . . . . .	16
Mensaje importante de Medicare . . . . .	17
Cómo tomar decisiones sobre la atención médica:	
Una guía para los pacientes y las familias . . . . .	21
Introducción . . . . .	22
Pacientes adultos que tienen la capacidad de tomar decisiones informadas . . . . .	22
Instrucciones anticipadas/poderes de atención médica . . . . .	23
Toma de decisiones de atención médica en hospitales, hogares de ancianos y hospicios . . . . .	23
Decisiones para retener o retirar el tratamiento de soporte vital . . . . .	25
Estándares para la toma de decisiones de tutores legales y suplentes . . . . .	26
Resolución de controversias . . . . .	27
Órdenes para no resucitar (DNR) fuera de los hospitales y de los hogares de ancianos . . . . .	29
Nombramiento de su agente de atención médica:	
Proxy Law (Ley de Poder) del estado de Nueva York . . . . .	30
Carta del Departamento de Salud del Estado de Nueva York. (sistema de recopilación de información SPARCS) . . . . .	38
Información sobre maternidad . . . . .	39
Violencia doméstica: Aviso para los pacientes prenatales y de maternidad . . . . .	40
Violencia doméstica: Aviso de los derechos de las víctimas . . . . .	42
Declaración de derechos de los padres . . . . .	44

# ACERCA DE SUS DERECHOS

**Como paciente en un hospital del Estado de Nueva York, usted tiene ciertos derechos y protecciones garantizadas por los reglamentos y las leyes federales y estatales.** Estas leyes y reglamentos ayudan a garantizar la calidad y la seguridad de la atención médica en los hospitales. Para ayudarlo a comprender sus derechos, el New York State Department of Health elaboró el presente folleto.

**Conserve este folleto para referencia.** Revíselo cuidadosamente y comparta la información con los familiares y amigos que participan en su atención.

Usted tiene derecho de participar en las decisiones sobre su atención médica y a comprender lo que le dicen sobre su atención y tratamiento. Por ejemplo, tiene derecho a obtener una explicación clara de los análisis, los tratamientos y los medicamentos que le recetan. No dude en hacerle preguntas a su médico, a la enfermera o a los miembros del personal del hospital.

**Usted tiene derecho a saber lo que está ocurriendo.**

**Cada paciente es único y cada estancia en el hospital es diferente.** Es muy importante que sepa cuáles son los derechos específicos que aplican para usted y lo que debe hacer si siente que necesita ayuda. Algunos derechos y protecciones, como los que rigen cuando sale del hospital, dependen de que reciba los avisos escritos correctos. También se le dará información que explica en qué momento y a dónde debe llamar o escribir para obtener ayuda.

**Si tiene algún problema o si no comprende algo, hable con su enfermera, su médico, su trabajador social o con un representante del paciente.**

**Ellos podrán:**

- ayudarlo a obtener respuestas;
- hacer arreglos para que obtenga ayuda especial;
- comunicarse con su familia;
- obtener servicios de interpretación en un idioma extranjero o en lenguaje de señas; y
- generalmente hacer que su estancia en el hospital sea más fácil.

## Acerca de sus necesidades especiales

**Cada hospital deberá poner a su disposición personal que le explique o que responda a sus preguntas acerca de sus derechos y que le proporcione información sobre cómo puede proteger esos derechos.**

- Si tiene discapacidad auditiva o visual o si el inglés no es su idioma materno, se deberán poner a su disposición intérpretes con experiencia para que lo ayuden. Le deberán proporcionar traducciones o transcripciones de los formularios importantes del hospital si usted considera que los necesita.

**Pero debe informarlo y hacer preguntas.**

Puede comunicarse con el representante del paciente antes de que ingrese al hospital para asegurarse de que se hagan los arreglos especiales que necesita cuando llegue allí.

- Si tiene cualquier pregunta sobre cualquier información contenida en este folleto o si considera que sus necesidades no fueron satisfechas adecuadamente, pídale al representante del paciente o a otro miembro del personal del hospital que le dé más información o comuníquese con el New York State Department of Health (consulte la página 3).

# INQUIETUDES/PROBLEMAS/QUEJAS SOBRE SU ATENCIÓN EN EL HOSPITAL

Si tiene cualquier duda, problema o queja relacionada con cualquier aspecto de la atención recibida durante una estancia en el hospital, hable con su médico, con una enfermera o con un miembro del personal del hospital. Si el personal del hospital no le resolvió el problema, puede comunicarse por correo o por teléfono con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

Puede llamar sin costo al número 1-800-804-5447 o puede presentar una queja por escrito y enviarla a:

New York State Department of Health  
Centralized Hospital Intake Program  
Mailstop: CA/DCS  
Empire State Plaza  
Albany, NY 12237

# SI CONSIDERA QUE SE LE ESTÁ PIDIENDO QUE DEJE EL HOSPITAL DEMASIADO PRONTO...

**Usted tiene derecho a apelar las decisiones** de su médico, del personal del hospital o de su plan de atención administrada:

- sobre cuándo debe salir del hospital;
- si usted considera que le está pidiendo que deje el hospital demasiado pronto;
- si considera que no le han dado planes adecuados o apropiados para su atención médica y otros servicios que necesite después de salir del hospital; o
- si no le proporcionan los servicios necesarios.

La ley establece que usted deberá recibir un aviso anticipado **por escrito** indicándole:

- la fecha en que el médico o el hospital planifica darle el alta;
- cómo debe presentar una apelación en caso de que desee permanecer en el hospital; y
- un número de teléfono especial para que llame si tiene cualquier problema relacionado con su salida del hospital.

Consulte la página 14 para obtener más información.

## Para obtener asistencia o ayuda

Existe un Independent Professional Review Agent (Agente de Revisión Profesional Independiente, IPRA) para su área y su cobertura de seguro. Si necesita obtener asistencia/ayuda de un IPRA, el hospital de proporcionará el número de teléfono o la información de contacto de la persona. Consulte las páginas 9 y 15 para obtener más información.

## Solo para los pacientes de Medicare

Si considera que le están pidiendo que salga del hospital muy pronto y no ha recibido un aviso anticipado indicándole cuándo debe salir del hospital, pida su aviso de alta (llamado “Mensaje importante le Medicare acerca de sus derechos”). Si usted está en una Organización de Mantenimiento de la Salud (Healthcare Maintenance Organization, HMO), también debe solicitar el “Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos”. Debe tener este aviso de alta por escrito para poder apelar la decisión del médico o del hospital relacionada con cuándo debe salir. Consulte el “Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos” en la página 17 para obtener una explicación completa.

## Para pacientes con Atención administrada

Si usted es un paciente inscrito en una HMO o en un plan de atención administrada, primero solicite o envíe una solicitud de apelación expedita a la HMO o al comité de revisión de utilización del plan si considera que sus beneficios están siendo injustamente restringidos o negados, si le piden que salga muy pronto del hospital o si los servicios médicamente necesarios se están excluyendo inadecuadamente de su cobertura. Si el resultado de la solicitud de apelación no lo satisface, puede comunicarse con el New York State Department of Health (Departamento de Salud del Estado de Nueva York) llamando a la Bureau of Managed Care Certification and Surveillance (Oficina de Certificación y Vigilancia de Atención Administrada) al **1-800-206-8125**.

La Managed Care Law de 1996 (Ley de Atención administrada) enmienda la Public Health Law 4408 (Ley de Salud Pública 4408), Divulgación de información.

# USTED TIENE DERECHO A PRESENTAR UNA QUEJA ACERCA DE:

- **Los médicos o asistentes médicos**

Si considera que recibió cuidado incompetente, negligente o fraudulento de parte de su médico o del asistente médico, usted puede presentar una denuncia ante la Oficina de Conducta Médica Profesional (Office of Professional Medical Conduct, OPMC) del New York State Department of Health. La OPMC investiga todas las denuncias de una posible mala conducta profesional de los médicos y de los asistentes médicos. La denuncia deberá incluir el nombre completo y la dirección del médico o del asistente médico y toda la información relevante. Las denuncias se deben hacer por escrito a:

**New York State Department of Health**  
**Office of Professional Medical Conduct**  
**Intake Unit**  
**Riverview Center**  
**150 Broadway, Suite 355**  
**Albany, NY 12204-2719**

Para obtener más información o para obtener un formulario de quejas, llame al **1-800-663-6114** o visite el sitio web de Department of Health en [health.ny.gov/professionals/doctors/conduct/](http://health.ny.gov/professionals/doctors/conduct/)

Todas las denuncias son confidenciales. Una investigación podría conducir a una audiencia formal ante un comité de la Board for Professional Medical Conduct (Junta de Conducta Médica Profesional). Esta Junta consiste en médicos y clientes nombrados por el Comisionado de Salud.

Consulte la página 10 del Glosario para ver ejemplos de “mala conducta médica” de parte de un médico o de un asistente médico.

- **Otros profesionales de atención médica**

Si considera que recibió atención incompetente, negligente o fraudulenta de cualquier otro profesional de atención médica certificado, como enfermeras, dentistas, trabajadores sociales, optometristas, psicólogos, fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales y podólogos, puede presentar un reclamo comunicándose a:

**New York State Education Department**  
**Office of Professional Discipline**  
**475 Park Avenue South**  
**2<sup>nd</sup> Floor**  
**New York, New York 10016**  
**1-800-442-8106**

# PREGUNTAS O QUEJAS SOBRE LA FACTURA DEL HOSPITAL O SOBRE EL SEGURO MÉDICO

- Como paciente del hospital tiene derecho a recibir una factura detallada.
- Dentro de la factura de hospital podría encontrar un cargo llamado “sobrecargo”. Estos sobrecargos financian importantes programas públicos y han existido desde años anteriores, aunque puede que no aparezcan como un costo independiente en la factura. Los sobrecargos representan el cobro de un monto adicional en la factura del hospital en el Estado de Nueva York y, dependiendo de su contrato de seguro, la ley del Estado de Nueva York establece que parte de estos costos se le facturen a usted.
- Los hospitales negocian la tarifa de pago con los aseguradores, las HMO y otro tipo de planes de atención administrada, así como aseguradores comerciales y grupos autoasegurados. Estas tarifas pueden variar. Consulte a su asegurador si tiene alguna pregunta relacionada con su cobertura.

**Si tiene preguntas sobre su cobertura, sobre los servicios facturados o los montos pagados, comuníquese con la Oficina de Facturación del hospital y con su asegurador para resolver las dudas y los problemas que pueda tener.**

## Para los pacientes de Medicare

Si usted es paciente de Medicare y tiene alguna pregunta sobre la factura del hospital, llame a Medicare:  
**1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

## Para pacientes con Atención administrada

Si está inscrito en un plan de atención administrada y tiene problemas para obtener atención o si considera que la atención es insatisfactoria, puede presentar una queja ante el plan. El manual del plan DEBE indicarle cómo presentar una queja y cómo obtener una revisión inmediata. Si no está satisfecho con la respuesta a su queja de parte de la HMO o de su plan, puede comunicarse con New York State Department of Health al:

**1-800-206-8125**

Las personas que están inscritas a Atención administrada de Medicare pueden llamar a Livanta:  
**1-866-815-5440**

# ACCESO A SUS EXPEDIENTES MÉDICOS

**La ley del New York State requiere que todos los practicantes y las instalaciones de atención médica otorguen acceso a los pacientes a sus propios expedientes médicos.** La Sección 18 de la Public Health Law contiene los procedimientos para poner estos expedientes a disposición y las condiciones en las cuales un proveedor puede negar el acceso. Los pacientes pueden solicitar información, por escrito, al igual que los padres o los tutores que están autorizados para el cuidado del menor.

Si usted **desea ver** sus expedientes médicos, pídaselo a su médico o al director de los expedientes médicos del hospital. La ley del Estado de Nueva York le garantiza la oportunidad de inspeccionar sus expedientes médicos en un plazo de 10 días después de recibir su solicitud por escrito.

Si usted **desea tener una copia** de sus expedientes médicos, puede enviar una solicitud por escrito al hospital. Dirija su solicitud al director de los expedientes médicos del hospital. Si solicita una copia de su expediente, el hospital podría cobrarle hasta 75 centavos por página.

Si el hospital **no** cumple con acusar recibo o tomar acción con respecto a su solicitud, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud (Department of Health) llamando al 1-800-804-5447.

Si se le ha **denegado acceso** a todos o a parte de sus expedientes del hospital, puede presentar una apelación ante el Medical Records Access Review Committee (Comité de Revisión de Acceso a los Expedientes Médicos) del Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Se requiere que el hospital o el médico proporcionen un formulario (DOH-1989) que muestre los motivos para el rechazo y la información en este proceso de apelación. El proveedor debe proporcionar el formulario y completarlo en virtud de la sección 18 de la Public Health Law (Ley de Salud Pública). Hay una descripción de todo el proceso, incluido el formulario de uso, cómo apelar y qué hacer si la apelación es rechazada en el siguiente enlace:

[health.ny.gov/professionals/patients/patient\\_rights/docs/you\\_and\\_your\\_health\\_records.htm](http://health.ny.gov/professionals/patients/patient_rights/docs/you_and_your_health_records.htm).

# GLOSARIO

## Instrucciones anticipadas

Las instrucciones anticipadas son instrucciones verbales o escritas que usted hace antes de una enfermedad o lesión discapacitante (consulte la página 22). Las instrucciones anticipadas informan sobre los tratamientos que desea que se sigan si está muy enfermo o discapacitado para tomar sus propias decisiones de atención. Las instrucciones anticipadas incluyen, entre otras, **un poder de atención médica**, el consentimiento para una **orden de no resucitar (DNR)** registrada en sus expedientes médicos y un **testamento en vida**.

**La resucitación cardiopulmonar (cardiopulmonary resuscitation, CPR)** es un procedimiento médico usado para reanimar el corazón y los pulmones de un paciente cuando se detiene la respiración o la circulación (consulte la página 24).

## Grupos con diagnóstico relacionado

El sistema de grupos con diagnóstico relacionado (diagnosis related group, DRG) clasifica todo el rango de razones por las cuales se hospitaliza a las personas en alrededor de 600 grupos para determinar cuánto le pagará el seguro al hospital. El sistema DRG se basa en el costo promedio de tratar a un paciente dentro del mismo rango de edad, diagnosticado con la misma enfermedad o una similar y que necesite el mismo tipo de tratamiento. Por ejemplo, se paga una cantidad por pacientes con neumonía y una cantidad distinta para pacientes con fractura en la cadera. Toma en cuenta los gastos del hospital, los costos regionales, la inflación y las necesidades del paciente. El Departamento de Salud del Estado de Nueva York ha desarrollado tarifas de cobro de Medicaid y Compensación de los trabajadores/pago sin culpa para cada DRG dentro de cada hospital. **Esto no limita la cantidad de días que un paciente puede permanecer en el hospital.** La duración de la estancia depende únicamente de su estado médico. (Nota: Ciertos centros y unidades de especialidades no usan la clasificación DRG).

## Aviso de alta

El aviso de alta de un hospital del Estado de Nueva York debe incluir información sobre su fecha de alta y cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con el aviso. Se le deberá dar un aviso de alta a todos los pacientes (excepto los pacientes de Medicare que reciben una copia del “Mensaje importante de Medicare”) **por escrito**, 24 horas antes de salir del hospital.

**Los pacientes de Medicare deberán solicitar un aviso de alta por escrito “Mensaje importante de Medicare” si no están de acuerdo con el alta.** Se debe proporcionar el aviso, si se solicita. Después de que se proporcione el aviso, si el paciente de Medicare no está de acuerdo con este, se puede tramitar una apelación.

## Plan de alta

Todos los pacientes (incluidos los pacientes de Medicare) de los hospitales del Estado de Nueva York deberán recibir un **plan de alta por escrito** antes de que salgan del hospital. Este plan deberá describir todos los arreglos para cualquier servicio de atención médica que necesita después de que salga del hospital. **Antes de salir del hospital, deberán garantizarse y ponerse razonablemente a disposición los servicios necesarios descritos en este plan.**

## Planificación del alta

La planificación del alta es el proceso mediante el cual el personal del hospital trabaja con usted y con su familia o con alguien que actúe en su nombre para hacer los arreglos y preparar los cuidados que recibirá cuando salga del hospital. Este cuidado podría dárselo usted mismo, algún miembro de su familia, un asistente de cuidados de salud en el hogar o puede ser

admitido en otro centro de atención médica. La planificación del alta incluye la evaluación y la identificación de las necesidades que tendrá cuando salga del hospital y la planificación de los cuidados que necesite para satisfacer las necesidades cuando se le dé el alta. **Se le deberá proporcionar un plan por escrito antes de que salga del hospital.** La planificación del alta normalmente involucra al paciente, a los miembros de la familia o a la persona que usted **hombre** para que actúe en su nombre, su médico o un miembro del personal del hospital. Algunos hospitales tienen miembros del personal llamados “planificadores del alta”. En otros hospitales, una enfermera o un trabajador social podrían ayudar en la planificación del alta.

### **Orden de no resucitación (DNR)**

A su solicitud, se puede incluir una orden DNR en su ficha clínica. Esta instruye al personal médico que no trate de resucitarlo en caso de que no esté respirando o si sus latidos del corazón se detuvieron. Esto significa que los médicos, enfermeras y otros profesionales de atención médica no practicarán procedimientos de emergencia, como resucitación boca a boca, compresión externa del pecho, choques eléctricos, inserción de una sonda por las vías respiratorias, inyección de algún medicamento en su corazón o tórax abierto. De acuerdo con la ley del Estado de Nueva York, todos los pacientes adultos pueden solicitar una orden DNR verbal o por escrito, si hay dos testigos presentes. Además, la Health Care Proxy Law (Ley del Poder de Atención Médica) le permite nombrar a una persona para que tome decisiones sobre DNR y otros tratamientos en caso de que usted no sea capaz de hacerlo.

### **Formulario de poder de atención médica**

El Estado de Nueva York cuenta con una ley que permite que usted nombre a alguien de su confianza, por ejemplo, un miembro de la familia o un amigo cercano, como su agente de Atención médica, para decidir sobre su tratamiento en caso que usted pierda la capacidad para decidir por sí mismo. También puede usar este formulario para indicar sus deseos en cuanto a la donación de órganos en caso de fallecimiento (consulte la página 29).

### **Agentes de revisión profesional independiente (IPRA)**

Estos agentes de revisión manejan todas las apelaciones de los pacientes cubiertos por Medicaid, por seguros privados o aquellos que no tienen seguro, si tienen problemas para obtener la atención que necesitan después del alta en el hospital. Por ejemplo, un IPRA podría revisar los expedientes médicos de los pacientes a quienes se les dio el alta antes de que estuvieran médicaamente listos, y ver si no se ha elaborado un plan de alta apropiado o si no se establecieron los servicios apropiados.

### **Island Peer Review Organizations (IPRO)**

Island Peer Review Organization (IPRO) trabaja con el New York State Department of Health (Departamento de Salud del Estado de Nueva York) para revisar la atención que el hospital brinda a las personas que reúnen los requisitos para Medicaid. Esta es la agencia con la que los pacientes de Medicaid deben comunicarse si piensan que les dieron el alta del hospital muy pronto. Puede llamar sin costo al 1-800-648-4776 o al 1-516-326-6131.

### **Livanta**

Esta es la organización para la mejora de la calidad contratada por el gobierno federal y estatal para revisar la atención hospitalaria proporcionada a los pacientes de Medicare en el estado de Nueva York.

- Esta es la agencia con la que los pacientes de Medicare deben comunicarse si piensan que les dieron el alta del hospital muy pronto. Los pacientes con cobertura doble de Medicare y Medicaid pueden llamar sin costo a Livanta al 1-866-815-5440.

- Si tiene una queja relacionada con la calidad de la atención que recibió como paciente de Medicare, llame sin costo a Livanta al 1-866-815-5440.
- Los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-868-2289.
- Livanta ofrece servicios de traducción para todos los idiomas.

### **Testamento en vida**

Un testamento en vida es un documento escrito que expresa sus instrucciones y elecciones específicas sobre diferentes tipos de tratamientos médicos y ciertas afecciones médicas.

Los testamentos en vida se reconocen como la evidencia de sus deseos (si los deseos están expresados de forma clara y convincente) si usted está gravemente enfermo y no puede comunicarse.

### **Atención administrada**

Atención administrada se refiere a la forma en que la atención médica de la persona (o del miembro de la familia) se organizará y se pagará. Aunque las organizaciones para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organizations, HMO) son los mejores planes de atención administrada que se conocen, existen muchos otros tipos. Si está inscrito en un plan de atención administrada, su acceso a los servicios de atención médica estará coordinado por el plan o por el médico de atención primaria. Por consiguiente, deberá comprender cómo, cuándo y dónde debe acceder a los servicios de atención médica, incluidos los servicios de hospital, de acuerdo con los reglamentos y los beneficios de su plan. Lea detenidamente la información de inscripción de su plan y hágale preguntas al representante de su plan hasta asegurarse de que comprende cuáles son sus beneficios, sus derechos y sus responsabilidades.

### **Medicaid (Sección XIX de la Social Security Act (Ley del Seguro Social)):**

Medicaid es un programa federal, financiado por el gobierno federal, el gobierno estatal y los gobiernos locales, que está diseñado para ofrecer acceso a las personas pobres que cumplen con determinados requisitos de elegibilidad, como nivel de ingresos.

### **Mala conducta médica**

Si considera que recibió atención deficiente o por debajo del estándar (atención incompetente, negligente o fraudulenta) de parte de un médico o un asistente médico, podría presentar una denuncia ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Los médicos y otros profesionales de la salud están obligados según la ley a denunciar cualquier indicio de sospecha de mala conducta.

Algunos ejemplos de mala conducta médica incluyen:

- ejercer práctica profesional fraudulenta o con total incompetencia o negligencia;
- ejercer mientras está afectado por alcohol, drogas, discapacidad física o mental;
- haber sido condenado por un delito;
- rehusarse a proporcionar servicios médicos debido a la raza, el credo, el color o el origen étnico;
- garantizar la cura como resultado de los servicios médicos;
- incumplir con poner a disposición del paciente o de otro médico, tras la solicitud escrita del paciente, copias de las radiografías y los expedientes médicos;
- hacer una denuncia intencional o una denuncia falsa, incumplir con hacer una denuncia requerida por la ley o inducir a una persona a que lo haga;
- acosar, abusar o intimidar intencionalmente a un paciente;

- ordenar pruebas o tratamientos excesivos;
- promover la venta de servicios, bienes, artefactos o medicamentos de forma que se aproveche del paciente; o
- abandonar o desatender a un paciente con necesidad de atención profesional inmediata.

Para mayor información, la NYS Education Law (Ley de Educación del Estado de Nueva York) define la mala conducta médica en la sección 6531 en el siguiente enlace:  
[health.ny.gov/professionals/doctors/conduct/laws.htm](http://health.ny.gov/professionals/doctors/conduct/laws.htm).

#### **Medicaid (Sección XIX de la Social Security Act (Ley del Seguro Social)):**

Medicare es un programa federal, administrado por el gobierno federal, que paga parte de los costos de los servicios médicos de las personas de 65 años de edad o mayores o de las personas con discapacidades. La elegibilidad se basa en la edad y el estado de discapacidad.

#### **Órdenes médicas para tratamiento de soporte vital (Orders for Life-Sustaining Treatment, MOLST)**

Honrar las preferencias de los pacientes es un elemento crítico para brindar atención de calidad en el final de la vida. Para ayudar a los médicos y otros proveedores de salud a debatir y transmitir los deseos de un paciente respecto de la resucitación cardiopulmonar (CPR) y otros tratamientos de soporte vital, el Departamento de Salud aprobó un formulario de orden médica, el DOH-5003 Medical Orders for Life-Sustaining Treatment (Orden médica para tratamiento de soporte vital, MOLST), que pueden utilizar los médicos y las instalaciones de atención médica en todo el estado. Las MOLST están destinadas a pacientes con afecciones de salud graves que:

- desean evitar o recibir algún tratamiento de soporte vital o todos;
- residan en una instalación de atención de largo plazo o requieran servicios de atención de largo plazo; o
- podrían morir al año siguiente.

Puede acceder al formulario y a información adicional en el siguiente enlace:  
[health.ny.gov/professionals/patients/patient\\_rights/molst/](http://health.ny.gov/professionals/patients/patient_rights/molst/).

#### **Representante del paciente**

El representante del paciente es un miembro del personal del hospital que sirve como vínculo entre el paciente, la familia, los médicos y otros miembros del personal del hospital. El representante del paciente deberá estar disponible para responder a las preguntas acerca de los procedimientos, para ayudar con necesidades o inquietudes especiales y para ayudar a resolver problemas. El representante del paciente está familiarizado con los servicios del hospital y lo ayudará. No hay ningún cobro por los servicios que ofrece el representante del paciente.

#### **Organización para el Mejoramiento de la Calidad**

Las Quality Improvement Organizations (Organizaciones de Mejora de la Calidad, QIO) son las agencias responsables de la revisión continua de la atención al paciente hospitalizado que se les proporciona a las personas que son elegibles para recibir Medicare. En el Estado de Nueva York, la QIO es Livanta (consulte la página 9).

#### **Revisión de la utilización**

La revisión de la utilización es un proceso en el cual se evalúa la necesidad, la conveniencia y la eficacia de la atención. Esto se realiza a través del Hospital Utilization Review (Comité Hospitalario de Revisión de la Utilización, UR), una organización de mejora de la calidad (QIO), una agencia pública (Departamento de Salud, por ejemplo) o una organización independiente.

# REGLAMENTOS E INFORMACIÓN

Esta sección presenta los documentos que la ley requiere que usted reciba como paciente hospitalizado en un hospital del Estado de Nueva York.

## Derechos de los pacientes

Declaración de los derechos del paciente . . . . .	13
Un mensaje importante relacionado con sus derechos como paciente hospitalizado (para pacientes cubiertos por Medicare) . . . . .	14
Aviso de admisión para los pacientes de Medicare . . . . .	16
Mensaje importante de Medicare . . . . .	17
Cómo tomar decisiones sobre la atención médica: una guía para los pacientes y las familias . . . . .	21
Nombramiento de su agente de atención médica: Proxy Law (Ley de Poder) del estado de Nueva York . . . . .	30
Formulario de Health Care Proxy (Poder de Atención médica) . . . . .	35

## Recopilación de datos

Carta del Departamento de Salud del Estado de Nueva York. (explica el sistema de recopilación de información SPARCS) . . . . .	38
---	----

## Información que deberá proporcionarse al inscribirse, si es una paciente de maternidad:

Información sobre maternidad . . . . .	39
Violencia doméstica: aviso para los pacientes prenatales y de maternidad . . . . .	40
Violencia doméstica: aviso de los derechos de las víctimas . . . . .	42
Declaración de derechos de los padres . . . . .	44

## Información que deberá proporcionarle el hospital antes de que usted salga del hospital:

- **Todos** los pacientes deberán recibir un plan de alta por escrito.
- Los pacientes de **Medicare** deberán recibir una copia del “Mensaje importante de Medicare”.
- **Todos** los demás pacientes deberán recibir un aviso de alta del hospital.

**Si tiene problemas para comprender algo o si tiene preguntas acerca de este material, pida una explicación al personal del hospital. ¡Es su derecho!**

# DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE

**Como paciente de un hospital del estado de Nueva York, de acuerdo con la ley, usted tiene derecho a:**

- (1) Comprender y usar estos derechos. Si por cualquier razón usted no entiende o necesita ayuda, el hospital DEBE proporcionarle asistencia, incluido un intérprete.
- (2) Recibir tratamiento sin discriminación por raza, color, religión, sexo, identidad de género, nacionalidad de origen, discapacidad, orientación sexual, edad o fuente de pago.
- (3) Recibir atención considerada y respetuosa en un ambiente seguro y limpio, libre de restricciones innecesarias.
- (4) Recibir atención de emergencia si la necesita.
- (5) Estar informado del nombre y el puesto del médico que estará a cargo de su atención en el hospital.
- (6) Conocer los nombres, los puestos y las funciones de cualquier miembro del personal del hospital que participe de su atención y rehusar su tratamiento, exámenes y observaciones.
- (7) Identificar a un encargado de cuidados que será incluido en su planificación de alta y en la entrega de información o instrucciones sobre cuidados después del alta.
- (8) Recibir información completa sobre su diagnóstico, tratamiento o pronóstico.
- (9) Recibir toda la información que necesita para dar un consentimiento informado sobre cualquier procedimiento o tratamiento propuesto. Esta información incluirá los posibles riesgos y beneficios del tratamiento o procedimiento.
- (10) Recibir toda la información que necesita para dar un consentimiento informado para una orden de no resucitación. También tiene derecho a designar a un individuo para que otorgue este consentimiento si usted se encuentra muy enfermo para hacerlo. Si desea obtener más información, solicite una copia del panfleto "Cómo tomar decisiones sobre la atención médica: una guía para pacientes y familiares".
- (11) Rehusar el tratamiento y ser informado del efecto que esto podría tener en su salud.
- (12) Rehusarse a formar parte de una investigación. Cuando decida si quiere participar o no, tiene derecho a recibir una explicación detallada.
- (13) Tener privacidad mientras esté en el hospital y gozar de confidencialidad para toda la información y los expedientes relacionados con su atención.
- (14) Participar de todas las decisiones sobre su tratamiento y el alta del hospital. El hospital debe proporcionarle por escrito un plan de alta y una descripción de cómo apelar su alta.
- (15) Revisar sus expedientes médicos sin cobro alguno. Obtener una copia de su registro médico por el que el hospital le puede cobrar una tarifa razonable. No se le puede negar una copia debido a que no pueda pagarla.
- (16) Recibir una factura detallada y la explicación de los cargos.
- (17) Ver una lista de los cargos estándar del hospital para los artículos y servicios, así como los planes de salud con los que participa el hospital.
- (18) Usted tiene el derecho de cuestionar una factura inesperada por medio del proceso de Resolución de disputa independiente.
- (19) Presentar una queja sin miedo a represalias sobre su atención o los servicios que recibió y que el hospital le ofrezca una respuesta y, si lo solicita, que la respuesta sea por escrito. Si no está satisfecho con la respuesta del hospital, puede presentar un reclamo al Departamento de Salud del Estado de Nueva York. El hospital le debe proporcionar el número de teléfono del Departamento de Salud del Estado de Nueva York.
- (20) Autorizar a aquellos miembros de la familia y a otros adultos a los que les dé prioridad a que lo visiten de acuerdo con su capacidad para recibir visitas.
- (21) Tomar sus propias decisiones en cuanto a las donaciones anatómicas. Las personas de 16 o más años de edad pueden documentar su deseo de donar sus órganos, ojos y/o tejidos, luego de su muerte, suscribiéndose en el NYS Donate Life Registry o documentando por diversos métodos por escrito (tales como un poder en cuestiones médicas, un testamento, una tarjeta de donante, u otro instrumento firmado) su autorización para la donación de órganos y/o tejidos. El poder en cuestiones médicas se encuentra disponible en el hospital.

Public Health Law (Ley de Salud Pública, PHL)2803 (1)(g) Patient's Rights (Derechos de los pacientes), 10NYCRR, 405.7,405.7(a)(1),405.7( c)

# UN MENSAJE IMPORTANTE RELACIONADO CON SUS DERECHOS COMO PACIENTE HOSPITALIZADO

## Sus derechos como paciente hospitalizado

Tiene derecho a recibir toda la atención del hospital que necesite para el tratamiento de su enfermedad o lesión. Su fecha de alta se determina únicamente por **SUS** necesidades de atención médica, no por su categoría de DRG ni su cobertura de seguro.

Tiene derecho a estar completamente informado sobre las decisiones que afecten su atención y su cobertura de seguro. **HAGA PREGUNTAS.** Tiene derecho a nombrar a un representante para que actúe en su nombre.

Tiene derecho a saber acerca de su estado médico. Hable con su médico acerca de su afección y de sus necesidades de atención médica. Si tiene preguntas o dudas acerca de los servicios hospitalarios, la fecha de su alta o su plan de alta, consulte con su médico o con un representante del hospital (como una enfermera, la trabajadora social o el planificador del alta).

Antes de que le den el alta deberá recibir un AVISO DE ALTA y un PLAN DE ALTA por escrito. Usted o su representante tienen derecho a participar en la planificación de su alta.

Tiene derecho a presentar una apelación al plan de alta por escrito o al aviso que recibió del hospital.

## Si considera que se le está pidiendo que deje el hospital demasiado pronto

Asegúrese de que recibió el aviso escrito del alta que el hospital deberá proporcionarle. Necesitará este aviso para poder apelar.

Este aviso le indicará a quién llamar y cómo presentar una apelación. Para evitar cobros adicionales, deberá llamar para presentar una apelación a más tardar en la fecha planificada del alta. Si no cumple con este plazo, aún podrá presentar una apelación. Sin embargo, podría tener que pagar por la prolongación de su estancia en el hospital si pierde la apelación.

## PLAN DEL ALTA

Además del derecho a apelar, usted tiene derecho a recibir un plan de alta por escrito, que describa los arreglos para cualquier atención médica futura que usted podría necesitar después del alta. No le podrán dar el alta hasta que los servicios que necesita según su plan de alta escrito estén garantizados o que el hospital determine que están razonablemente disponibles. También tiene derecho a apelar el plan del alta.

## Derechos de los pacientes\*

En este momento se le presenta una declaración general de sus derechos adicionales como paciente.

### Para obtener asistencia o ayuda

El Independent Professional Review Agent (Agente de Revisión Profesional Independiente, IPRA) de su área y su cobertura de seguro es:

\*Esta información ahora se incluye en este folleto.

Se les proporciona a los pacientes un aviso de sus derechos relacionados con la admisión y el alta. A los pacientes de Medicare se les dará un “Aviso de Admisión al Hospital para los Pacientes de Medicare” y a los demás pacientes se les dará “Un mensaje importante relacionado con sus derechos como paciente hospitalizado”.

Public Health Law (Ley de Salud Pública) 2803 (1) (g) Discharge Review

10NYCRR, 405.9 (b) (14) (I) y 405.9 (b) (14) (II)

Los pacientes (o representantes personales nombrados) recibirán un aviso de alta por escrito y una copia del plan del alta. Los pacientes (o sus representantes) deberán tener la oportunidad de firmar los documentos y de recibir una copia de los documentos firmados.

10NYCRR, 405.9 (g) (1) y 405.9 (g) (3) (I)

# AVISO DE ADMISIÓN PARA LOS PACIENTES DE MEDICARE

## **Usted tiene los siguientes derechos de acuerdo con la Ley del Estado de Nueva York:**

Antes de que le den el alta deberá recibir por escrito el Plan del alta. Usted o su representante tienen derecho a participar en la planificación de su alta.

Su Plan del alta escrito deberá describir los arreglos para cualquier atención médica futura que usted pueda necesitar después del alta. No le podrán dar el alta hasta que los servicios que necesita según su Plan del alta escrito estén garantizados o se determine que están razonablemente disponibles.

Si no está de acuerdo con el Plan del alta o si considera que los servicios no están razonablemente disponibles, podrá llamar al Departamento de Salud del Estado de Nueva York para que investigue su queja y la seguridad de su alta. El hospital le deberá proporcionar el número de teléfono del State Health Department (Departamento de Salud del Estado) si lo usted lo solicita.

Para obtener más información acerca de sus derechos como paciente Medicare, consulte el “Mensaje importante de Medicare” en la siguiente página.

Se les proporciona a los pacientes un aviso de sus derechos relacionados con la admisión y el alta. A los pacientes de Medicare se les dará un “Aviso de Admisión al Hospital para los Pacientes de Medicare” y a los demás pacientes se les dará “Un mensaje importante relacionado con sus derechos como paciente hospitalizado”.

Public Health Law (Ley de Salud Pública) 2803 (1) (g) Discharge Review

10NYCRR, 405.9 (b) (14) (i) y 405.9 (b) (14) (ii)

# MENSAJE IMPORTANTE DE MEDICARE ACERCA DE SUS DERECHOS

Nombre del paciente:

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS

Número de identificación del paciente:

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

Médico:

Aprobación OMB 0938-0692

## UN MENSAJE IMPORTANTE DE MEDICARE ACERCA DE SUS DERECHOS

### Como paciente hospitalizado, usted tiene derecho a:

- Recibir los servicios cubiertos por Medicare. Esto incluye los servicios de hospital médicaamente necesarios y los servicios que podría necesitar después del alta, si los ordena su médico. Tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde los puede obtener.
- Participar en cualquier decisión sobre su estancia en el hospital y saber quién va a pagar por ella.
- Informar sobre cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de la atención que reciba a la Organización de Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) que se indica aquí:

Nombre de la Organización de Mejora de la Calidad (QIO)

**Livanta**

Número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad (QIO)

**1-866-815-5440**

### Sus derechos de alta de Medicare

**Cómo planificar su alta:** durante su estancia en el hospital, el personal del hospital trabajará con usted para preparar su alta de forma segura y para hacer los arreglos para que obtenga los servicios que necesita después de que salga del hospital. Cuando ya no necesite atención como paciente hospitalizado, su médico o el personal del hospital le informarán a usted sobre la fecha de alta planificada.

### Si considera que se le está dando de alta muy pronto:

- Puede hablar con el personal del hospital, con su médico o con su plan de atención administrada (si pertenece a uno) sobre sus dudas.
- También tiene derecho a una apelación, esto es, una revisión de su caso de parte de la Organización de Mejora de la Calidad (QIO). La QIO es un revisor externo contratado por Medicare para revisar su caso y decidir si está listo para salir del hospital.
  - **Si desea presentar una apelación, debe comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad (QIO) antes de la fecha de alta planificada y de que salga del hospital.**
  - Si hace esto, no tendrá que pagar por los servicios que recibirá durante la apelación (excepto por los cargos como copagos y deducibles).
- Si no presenta una apelación, pero decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada, podría tener que pagar por todos los servicios que reciba después de la fecha de alta.
- **Las instrucciones paso a paso para llamar a la QIO y para presentar una apelación se encuentran en la página 2.**

Para hablar con alguna persona en el hospital acerca de este aviso, llame al: \_\_\_\_\_.

**Coloque la firma y la fecha aquí para indicar que recibió este aviso y que comprende sus derechos.**

Firma del paciente o representante

Fecha/hora

---

## Pasos para apelar el alta

- **Paso 1:** Debe comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad (QIO) antes de la fecha de alta planificada y de que salga del hospital. Si hace esto, no tendrá que pagar por los servicios que recibirá durante la apelación (excepto por los cargos como copagos y deducibles).
  - Esta es la información de contacto para la Organización de Mejora de la Calidad (QIO):  
Nombre de la Organización de Mejora de la Calidad (QIO) (en negrita) **Livanta**  
Número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad (QIO) **1-866-815-5440**
  - Ahora puede presentar la solicitud de apelación cualquier día de la semana. **Su proceso de apelación habrá comenzado cuando hable con una persona o deje un mensaje.**
  - Pregunte en el hospital en caso de que necesite ayuda para comunicarse con la QIO.
  - El nombre del hospital es:

Nombre del hospital	Número de identificación del proveedor
---------------------	--

- **Paso 2:** Recibirá un aviso detallado del hospital o de su Medicare Advantage o de cualquier otro plan de atención administrada de Medicare (si pertenece a uno) explicando los motivos por los que ellos piensan que usted está listo para el alta.
- **Paso 3:** La QIO le pedirá su opinión. Usted o su representante deberán estar dispuestos a hablar con la QIO, si se requiere. Usted o su representante podrían tener que dar una declaración escrita a la QIO, pero no están obligados a hacerlo.
- **Paso 4:** La QIO revisará su expediente médico y otra información importante relacionada con su caso.
- **Paso 5:** La QIO le notificará de su decisión en un plazo máximo de 1 día después de haber recibido toda la información necesaria.
  - Si la QIO determina que usted no está listo para el alta, Medicare continuará cubriendo los servicios de hospital.
  - Si la QIO determina que usted está listo para el alta, Medicare continuará cubriendo los servicios hasta el mediodía del día siguiente a la fecha en que la QIO le notifique su decisión.

### Si no presenta la solicitud de apelación antes de la fecha límite, tiene otros derechos de apelación:

- Aún puede pedirle a la QIO o a su plan (si pertenece a uno) una revisión de su caso:
  - Si tiene Medicare Original: llame a la QIO que se indica arriba.
  - Si usted pertenece a un Plan Medicare Advantage o a otro plan de atención administrada de Medicare: llame a su plan.
- Si permanece en el hospital, el hospital podría cobrarle por cualquier servicio que reciba después de la fecha de alta planificada.

Para obtener más información, llame a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o TTY: 1-877-486-2048.

---

### Información adicional:

---

De acuerdo con la Paperwork Reduction Act of 1995 (Ley de reducción de trámites de 1995), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que se indique un número de control de OMB válido. El número de control de OMB válido para esta recopilación de información es 0938-0692. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información se estima en un promedio de 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, reunir los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de la información. Si tiene comentarios relacionados con la exactitud de los tiempos estimados o si tiene sugerencias sobre cómo mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Nombre del paciente:  
Número de identificación del paciente:  
Médico:

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS  
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid  
Aprobación OMB 0938-0692

## Instrucciones del aviso: EL “MENSAJE IMPORTANTE DE MEDICARE”

---

### **Llene el aviso**

#### **Página 1 del Mensaje importante de Medicare**

#### **A. Encabezado**

Los hospitales deben mostrar el número de “el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health & Human Services), los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services)” y el número OMB.

El hospital deberá llenar los siguientes espacios en blanco. La información que coloque el hospital en los espacios en blanco en el IM deben ser escritos de forma legible, a mano o a máquina, con un tamaño de letra de 12 puntos o su equivalente. Los hospitales también pueden usar una etiqueta del paciente que incluya la siguiente información:

**Nombre del paciente:** escriba el nombre completo del paciente.

**Número de identificación del paciente:** coloque un número de identificación que identifique al paciente. Este número no debe ser ni debe contener el número de Seguro Social.

**Médico:** coloque el nombre del médico del paciente.

#### **B. Cuerpo del aviso**

**Viñeta número 3. Informe sobre cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de la atención que reciba a la Organización para la Mejora de la Calidad (QIO) que se indica aquí:**

Los hospitales pueden tener preimpreso o inserto de cualquier forma el nombre y el número de teléfono (incluido el TTY) de la QIO.

**Para hablar con alguna persona en el hospital acerca de este aviso, llame al:** Proporcione un número de teléfono del hospital para que el paciente o el representante pueda llamar si tiene preguntas acerca del aviso. De preferencia, también se debe incluir un nombre de contacto.

**Firma del paciente o del representante:** ¿Firmó el paciente o el representante un aviso que indique si recibió y comprende su contenido?

**Fecha/hora:** ¿Ha colocado el paciente o su representante la fecha y la hora en la que firmó el aviso?

#### **Página 2 del Mensaje importante de Medicare**

**Primera subviñeta. Introducir el nombre y el número de teléfono de la QIO en negritas:** Introducir el nombre y el número de teléfono (incluido el TTY), en negritas, de la Organización Para La Mejora De La Calidad que lleva a cabo las revisiones para el hospital.

**Segunda subviñeta. El nombre de este hospital es:** Introducir/preimprimir el nombre del hospital, incluido el número de identificación del proveedor de Medicare (no el número de teléfono).

**Información adicional:** Los hospitales pueden usar esta sección para la documentación adicional, que incluye, por ejemplo, obtener las iniciales del beneficiario, la fecha y la hora para documentar la entrega de la copia de seguimiento del IM o la documentación de los rechazos.



# Cómo tomar decisiones sobre la atención médica

UNA GUÍA PARA LOS PACIENTES Y LAS FAMILIAS



Departamento de Salud del Estado de Nueva York

## Introducción

### ¿Quién debe leer esta guía?

Esta guía es para los pacientes del Estado de Nueva York y para aquellas personas que tomarán decisiones de atención médica por los pacientes. Contiene información sobre la toma de decisiones por suplentes en hospitales o en hogares de ancianos. También cubre las órdenes DNR en un centro de atención médica o en la comunidad. Debido a que esta guía está relacionada con la toma de decisiones de atención médica, la palabra “paciente” se usará para referirse a cualquier persona que reciba atención médica. Esto incluye a los residentes de un hogar de ancianos. Esta guía **no** incluye reglamentos especiales para las decisiones de atención médica tomadas por tutores legales de las personas con discapacidades del desarrollo.

### ¿Podría el paciente u otra persona que tome decisiones enterarse del estado médico del paciente y el tratamiento propuesto?

Sí. Los pacientes o las personas que toman decisiones tienen derecho a que el médico los tenga completamente informados sobre su estado médico y el tratamiento propuesto por el médico. Los pacientes deberán dar un consentimiento informado antes de cualquier procedimiento o tratamiento que no sea de emergencia. Un consentimiento informado significa que después de que le proporcionen información sobre sus beneficios y los riesgos del tratamiento (así como otras alternativas de tratamiento) se otorga permiso para continuar con el tratamiento.

## Pacientes adultos que tienen la capacidad de tomar decisiones informadas

### ¿Tienen los pacientes adultos derecho a tomar sus propias decisiones de atención médica?

Sí. Los pacientes adultos tienen derecho a tomar las decisiones de tratamiento por sí mismos, siempre que tengan capacidad para tomar decisiones.

### ¿Qué es la capacidad para tomar decisiones?

La “capacidad para tomar decisiones” es la habilidad para comprender y apreciar la naturaleza y las consecuencias de la atención médica propuesta. Esto incluye los beneficios y riesgos de (y alternativas para) la atención médica propuesta. También incluye la capacidad para tomar una decisión informada.

### ¿Qué sucede si no está claro si un paciente tiene la capacidad para tomar decisiones?

### ¿Quién decide si un paciente tiene o no tiene esa capacidad?

Los trabajadores de atención médica asumirán que el paciente tiene la capacidad suficiente para tomar decisiones, a menos que un tribunal haya nombrado a un tutor legal para que tome las decisiones de atención médica. Un médico examinará al paciente para determinar si hay una buena razón para creer que el paciente no tiene esa capacidad. El médico deberá tomar la determinación de que el paciente no tiene la capacidad para tomar decisiones de atención médica. Otra persona podrá tomar las decisiones de atención médica por el paciente solo después de que el médico haya tomado una determinación.

### ¿Pueden tomar decisiones de atención médica los miembros de la familia cuando el paciente no tiene la capacidad de tomar sus propias decisiones?

No. Algunas veces los pacientes antes de perder la capacidad para decidir ya tomaron decisiones acerca de un procedimiento o tratamiento. Por ejemplo, un paciente puede consentir una cirugía que involucre anestesia antes de recibir la anestesia que podría ocasionar que pierda la capacidad de decidir. En otras ocasiones, una persona saludable podría perder súbitamente esta capacidad. En este caso, es posible que se necesite prestar atención médica inmediata sin consentimiento. Por ejemplo, una persona podría quedar inconsciente durante un accidente. Los proveedores de atención médica darán tratamiento de emergencia sin consentimiento a menos que estén enterados de que se ha tomado la decisión de rehusar el tratamiento de emergencia.

## Instrucciones anticipadas/ poder de atención médica

### ¿Qué es una instrucción anticipada?

Las instrucciones anticipadas son instrucciones escritas relacionadas con el tratamiento de atención médica que hace un paciente adulto antes de que pierda su capacidad de tomar decisiones. En el Estado de Nueva York, la mejor forma de proteger sus deseos de tratamiento y sus inquietudes es nombrar a alguien de su confianza para que decida acerca de su tratamiento en caso que usted ya no pueda decidir por sí mismo. Al completar un formulario llamado poder de atención médica, esta persona se convierte en su “agente de atención médica”.

Antes de nombrar a alguien como su agente de atención médica, asegúrese de que la persona esté dispuesta a representarlo. Hable con su agente sobre los tipos de tratamiento que usted desearía o no recibir si estuviera en el hospital y tuviera una enfermedad o lesión que amenaza su vida. Asegúrese de que su agente de atención médica conozca cuáles son sus deseos sobre nutrición artificial e hidratación (alimentación por sonda o por medio de una línea intravenosa). Puede obtener más información sobre el poder de atención médica en [https://www.health.ny.gov/professionals/patients/health\\_care\\_proxy/](https://www.health.ny.gov/professionals/patients/health_care_proxy/).

Algunos pacientes también expresan por escrito sus instrucciones específicas y sus elecciones sobre los tratamientos médicos. Se puede incluir una declaración escrita en un poder de atención médica o puede ser un documento independiente. Algunas personas se refieren a este tipo de instrucción anticipada como “testamento en vida”.

### ¿Cómo toman las decisiones los agentes de atención médica según el poder de atención médica?

Los agentes de atención médica toman decisiones como si el agente de atención médica fuera el paciente. El agente de atención médica toma decisiones de atención médica de acuerdo con los deseos del paciente,

incluidas las decisiones para retener o retirar el tratamiento de soporte vital. Si los deseos del paciente no son razonablemente conocidos, los agentes de atención médica tomarán decisiones de atención médica de acuerdo con los mejores intereses del paciente.

### ¿Puede el agente de atención médica decidir si retiene o retira la nutrición artificial o la hidratación (alimentación por sonda o por medio de una línea intravenosa)?

Los agentes de atención médica solo pueden tomar decisiones para retener o retirar la nutrición artificial y la hidratación de conformidad con lo establecido en el poder de atención médica si saben cuáles son los deseos del paciente con respecto al tratamiento. Pero el agente de atención médica también podrá tomar este tipo de decisión en un hospital o en un hogar de ancianos como suplente de la lista de suplentes establecida por la ley.

## Toma de decisiones de atención médica en hospitales o en hogares de ancianos

### ¿Cómo toman las decisiones los pacientes adultos con capacidad para tomar decisiones en hospitales o en hogares de ancianos?

Los pacientes pueden expresar sus decisiones verbalmente o por escrito. Un paciente hospitalizado o un residente de un hogar de ancianos no puede tomar decisiones para retener o retirar un tratamiento de soporte vital a menos que dos personas adultas sean testigos de dicha decisión. Uno de los adultos deberá ser un profesional de atención médica en el centro. Si un paciente no tiene la capacidad para tomar decisiones (pero tomó en el pasado una decisión sobre su atención médica propuesta), el hospital o el hogar de ancianos deberán actuar conforme a la decisión que tomó el paciente con anterioridad. Esto es verdadero a menos que ocurra algo que el paciente no haya previsto y la decisión ya no tenga sentido.

## **¿Cómo se toman las decisiones de atención médica para un paciente hospitalizado o para un residente de un hogar de ancianos que no tiene capacidad de decisión?**

Si el paciente tiene un agente de atención médica, el agente de atención médica que está nombrado en el poder tomará las decisiones. Si el paciente no tiene un poder de atención médica, el tutor legal (o la persona con mayor jerarquía en la lista de suplentes, conocida como el “suplente”) tomará las decisiones.

## **¿Qué es la lista de suplentes?**

A continuación encontrará la lista de suplentes. La persona con la mayor prioridad se ubica al principio. La persona con menor prioridad aparece al final.

- El cónyuge, si no está separado legalmente del paciente, o la pareja de unión de hecho;
- un hijo o hija de 18 años de edad o mayor;
- alguno de los padres;
- un hermano o hermana de 18 años de edad o mayor; y un amigo cercano.

## **¿Qué es una “pareja de hecho”?**

Una “pareja de hecho” es una persona que:

- tiene una relación formal de pareja reconocida por el gobierno local, estatal o nacional.
- Alternativamente, es una persona que se ha registrado como pareja de hecho en un registro estatal o de un empleador; o que se encuentra cubierta como pareja de hecho en virtud de los mismos beneficios de empleo o seguro médico; o comparte una intención mutua de ser la pareja de hecho del paciente, considerando todos los hechos y las circunstancias, como los siguientes:
- Viven juntos.
  - Dependen uno del otro para el sustento.
  - Comparten la propiedad (o alquiler) de su casa o de otros bienes.
  - Comparten los ingresos y los gastos.
  - Están criando juntos a sus hijos.
  - Planean casarse o convertirse en una pareja de hecho formal.
  - Han estado juntos durante largo tiempo.

## **¿Quién no puede ser una pareja de unión de hecho?**

- Un parent, un abuelo, un hijo, un nieto, un hermano, una hermana, un tío, una tía, un sobrino o una sobrina del paciente o del cónyuge del paciente.
- Una persona menor de 18 años de edad.

## **¿Quién reúne los requisitos para ser un “amigo cercano”?**

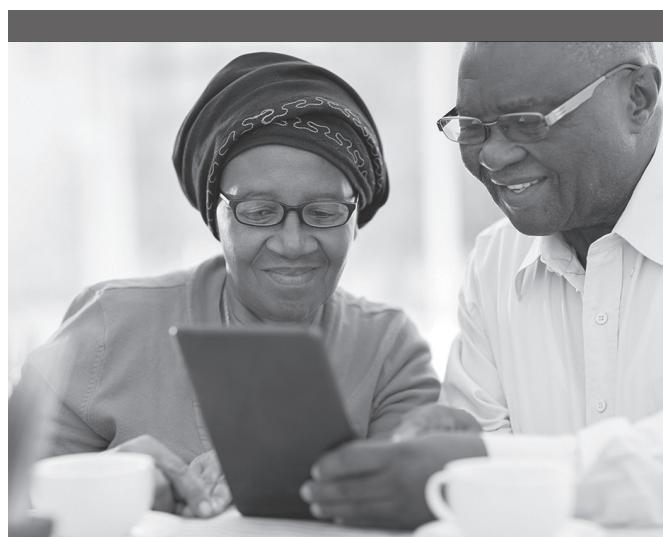
Un “amigo cercano” es cualquier persona, de 18 años de edad o más, que sea amigo o familiar del paciente. Esta persona deberá mantener comunicación regular con el paciente; estar familiarizado con las actividades, la salud y las creencias morales y religiosas del paciente, y presentar al médico tratante una declaración firmada para tal efecto.

## **¿Qué sucede si el suplente de alta prioridad no está disponible para tomar las decisiones?**

Si esto sucede, el suplente siguiente que esté disponible y que tenga la mayor prioridad será quien tome la decisión.

## **¿Qué sucede si el suplente de alta prioridad no es capaz o no desea tomar la decisión?**

En este caso, otra persona de la lista de suplentes será quien tome la decisión. El suplente con la prioridad más alta podrá designar a cualquier otra persona en la lista de los suplentes, siempre que alguna otra persona que tenga mayor prioridad que la persona designada tenga alguna objeción.



**¿Pueden los pacientes u otras personas que tomen decisiones cambiar de opinión después de tomar una decisión en cuanto a un tratamiento?**

Sí. Las decisiones podrían revocarse después de que se hayan tomado. Esto se hace indicándolo al personal del hospital o del hogar de ancianos.

## **Decisiones para retener o retirar el tratamiento de soporte vital en hospitales y hogares de ancianos**

**¿Qué es un “tratamiento de soporte vital”?**

“Tratamiento de soporte vital” significa que el médico tratante considera que el paciente fallecería dentro de un tiempo relativamente breve si no recibe el tratamiento o el procedimiento médico. La CPR siempre se considera un tratamiento de soporte vital.

**¿Qué es CPR?**

CPR (resucitación cardiopulmonar) se refiere a los procedimientos médicos que tratan de reiniciar el corazón del paciente o la respiración cuando el corazón del paciente se detiene o el paciente deja de respirar. La CPR podría empezar con algo como la resucitación boca a boca y presión forzada en el tórax para tratar de que el corazón vuelva a funcionar. Esto podría no funcionar, así que la CPR quizás también involucre choque eléctricos (desfibrilación); inserción de una sonda por la garganta hasta la tráquea (intubación); y colocar al paciente una máquina respiradora (ventilador).

**¿Qué es una decisión para retener o retirar un tratamiento de soporte vital?**

Una decisión para retener el tratamiento de soporte vital es decidirse a rechazar el tratamiento antes de que se proporcione. Una decisión para rechazar el tratamiento de soporte vital es decidir rehusar el tratamiento que ya se está proporcionando. Todos los pacientes adultos tienen derecho a rechazar un medicamento o tratamiento después de haber sido completamente informados sobre (y haber comprendido) las consecuencias probables de dichas acciones.

**¿Cómo podrán el hospital o el hogar de ancianos llevar a cabo la decisión de retener o retirar un tratamiento de soporte vital?**

El médico podría indicarle al personal que no proporcione o que deje de proporcionar ciertos medicamentos, tratamientos o procedimientos. Esto podría ocasionar la muerte del paciente dentro de relativamente poco tiempo. Por ejemplo, el médico podría ordenar que el ventilador, que permite que el paciente respire, sea desconectado.

Para retener el tratamiento de soporte vital, el médico podría emitir una orden médica, como una:

- Orden de no resucitación (Do Not Resuscitate, DNR): esto significa que no se debe intentar administrar la CPR cuando el corazón del paciente se detiene o el paciente deja de respirar.
- Orden de no intubar (do not intubate, DNI): esto significa que no se debe colocar ninguna sonda en la garganta del paciente ni se debe colocar al paciente en una máquina respiradora (ventilador).

Se puede tomar la decisión de suspender (o no iniciar) la nutrición e hidratación artificial a través de una sonda o por vía intravenosa. Esto significa que el establecimiento no le dará al paciente alimentos líquidos ni fluidos a través de una sonda conectada al estómago, o mediante un tubo llamado catéter insertado a las venas del paciente. Siempre se les ofrecerá a los pacientes alimentos para que coman y fluidos para que beban por la boca, si pueden comer y beber.

También podrían acatarse otro tipo de decisiones para restringir los medicamentos, los tratamientos y los procedimientos (por ejemplo, suspensión de la diálisis).

**¿Podrán alguna vez un hospital o un hogar de ancianos retener todos los tratamientos?**

No. Incluso si un paciente tiene una orden de DNR u otra orden médica para retener el tratamiento de soporte vital, el paciente deberá recibir atención médica y tratamiento para aliviar el dolor y otros síntomas, y para reducir el sufrimiento. La atención de confort, también conocida como atención paliativa, deberá estar disponible para todos los pacientes que la necesiten.



### ¿Cuándo deberá un paciente obtener una orden de DNR?

Cualquier adulto con capacidad para tomar decisiones podrá solicitar una orden DNR. Sin embargo, los pacientes y los familiares deberán consultar con un médico sobre su diagnóstico y el posible resultado de una CPR. Solo un médico puede firmar una orden de DNR. Una orden DNR informa a los profesionales de atención médica que no administren CPR a los pacientes que deseen permitir que ocurra la muerte natural si su corazón se detiene o si dejan de respirar. Por ejemplo, un paciente que se espera que fallezca de una enfermedad terminal podría desear hacer una orden DNR.

Cuando se tiene éxito, la CPR restablece el pulso y la respiración. El éxito de la CPR depende del estado de salud general del paciente. La edad por sí sola no determina si la CPR tendrá éxito o no. Pero las enfermedades y las debilidades que surgen junto con la edad, a menudo hacen que la CPR sea menos eficaz. Cuando los pacientes están gravemente enfermos, la CPR podría no funcionar o podría funcionar solo parcialmente. Esto podría dejar al paciente con daño cerebral o en un estado médico peor que el que tenía antes de que su corazón se detuviera. Después de la CPR (dependiendo del estado médico del paciente), el paciente podrá ser capaz de mantenerse vivo solo en una máquina respiradora.

### ¿Afecta una orden DNR a otros tratamientos?

No. Una orden DNR es solo una decisión respecto a DNR (compresión de pecho, intubación y ventilación mecánica) y no tiene relación con ningún otro tratamiento. No resucitar **no** significa no dar tratamiento.

### ¿Qué sucede si el paciente es transferido desde un hospital o un hogar de ancianos a otro hospital u hogar de ancianos?

Las órdenes médicas, que incluyen la orden DNR, continuarán hasta que el profesional de atención médica examine al paciente. Si el médico en el nuevo centro decide cancelar la orden médica, el paciente o la persona que toma las decisiones será informada y podrá pedir que la orden sea ingresada nuevamente.

## Estándares de toma de decisiones de atención médica para tutores legales y suplentes en hospitales o en hogares de ancianos

### ¿Cómo toman los suplentes o los tutores legales las decisiones de atención médica?

Los suplentes deben tomar decisiones de atención médica de acuerdo con los deseos del paciente, lo que incluye las creencias religiosas y morales del paciente. Si los deseos del paciente no son razonablemente conocidos, el suplente tomará las decisiones de acuerdo con los “mejores intereses” del paciente. Para saber cuáles son los “mejores intereses” del paciente, el suplente deberá tomar en cuenta la dignidad y la singularidad de cada persona; la posibilidad de preservar la vida del paciente y de preservar o mejorar la salud del paciente; aliviar el sufrimiento del paciente y cualquier otro asunto y valor que una persona bajo las circunstancias del paciente desearía que se tomara en cuenta. En cualquier caso, lo que importan son los deseos del **paciente** y sus mejores intereses, no los del suplente. Las decisiones de atención médica se deben tomar de forma personalizada para cada paciente. Nuevamente, las decisiones deberán ser consistentes con los valores del paciente, así como con sus creencias religiosas y morales.

## **¿Tienen siempre los suplentes autoridad para dar consentimiento para los tratamientos necesarios?**

Sí.

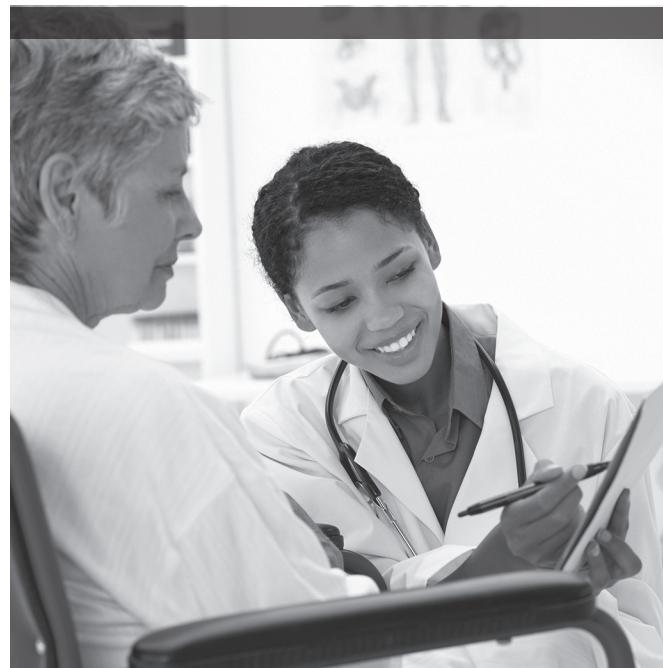
## **¿Tienen siempre los suplentes la autoridad para tomar decisiones para retener o retirar un tratamiento de soporte vital?**

No. Un tutor legal o un suplente en un hospital o en un hogar de ancianos podrá decidir rechazar un tratamiento de soporte vital para un paciente solo en las siguientes circunstancias:

- el tratamiento sería una carga extraordinaria para el paciente y:
  - el paciente tiene una enfermedad o lesión que se espera que le ocasione la muerte en seis meses, con o sin tratamiento; o
  - el paciente está permanentemente inconsciente;
- realizar el tratamiento podría infilir dolor, sufrimiento u otra carga que podría considerarse razonablemente inhumana o extraordinariamente molesta en esas circunstancias, y el paciente tiene una enfermedad irreversible o incurable. En un hogar de ancianos, un Comité de Revisión de Ética deberá también estar de acuerdo con las decisiones (distintas a DNR) para lo tratado en este inciso. En un hospital, el médico tratante o el comité de revisión de ética deberá estar de acuerdo con la decisión de retener o retirar la nutrición y la hidratación artificial, de acuerdo con lo tratado en este inciso.

## **¿Cómo se toman las decisiones sobre el tratamiento de soporte vital para menores en un hospital o en un hogar de ancianos?**

El padre o el tutor de un paciente menor de 18 años de edad tomarán las decisiones sobre el tratamiento de soporte vital de conformidad con los mejores intereses del menor. Ellos tomarán en cuenta los deseos del menor que sean adecuados según las circunstancias. En cuanto a la decisión de retener o retirar un tratamiento de soporte vital, el paciente menor también deberá dar consentimiento si tiene la capacidad de tomar decisiones. Se asume que un menor soltero no tiene la capacidad



para tomar decisiones a menos que un médico determine que el paciente tiene la capacidad de decidir sobre el tratamiento de soporte vital. Los menores casados podrán tomar sus propias decisiones, de la misma forma que los adultos.

## **¿Qué sucede si un paciente menor soltero tiene capacidad para tomar decisiones y este paciente es un padre? ¿Qué sucede si tiene 16 años de edad o más y vive independiente de sus padres o de su tutor?**

Dichos menores podrán tomar por su cuenta decisiones para retener o retirar el tratamiento de soporte vital si el médico tratante y el comité de revisión de ética están de acuerdo.

## **Resolución de controversias en hospitales o en hogares de ancianos**

**¿Qué sucede si hay dos o más personas con la más alta prioridad y no están de acuerdo entre sí? Por ejemplo, ¿qué sucede si los hijos adultos tienen la prioridad más alta y no están de acuerdo entre sí?**

En este caso, el personal del hospital o del hogar de ancianos puede intentar resolver la controversia por medios informales. Por ejemplo, otros médicos, trabajadores sociales o miembros del clero podrían discutir la decisión. Además, todos los hospitales y los

hogares de ancianos deberán tener un comité de revisión de ética. El caso podría remitirse al comité de revisión de ética para obtener un consejo, una recomendación y ayuda para resolver la controversia. El hospital o el hogar de ancianos deberá acatar la decisión del suplente que está basada en los deseos del paciente, si se conocen. Si los deseos del paciente no son razonablemente conocidos, el hospital o el hogar de ancianos deberá seguir la decisión que sea para el mejor interés del paciente.

**¿Qué sucede si una persona relacionada con el caso no acepta la decisión de tratamiento del suplente? Este podría ser el paciente, un trabajador de atención médica que esté tratando al paciente en el hospital o en el hogar de ancianos o alguien con menos prioridad en la lista de suplentes.**

Nuevamente, el personal del hospital o del hogar de ancianos puede intentar resolver la controversia por medios informales. Si esto no tiene éxito, la persona que no esté de acuerdo puede solicitar ayuda del comité de revisión de ética. La persona que desafía a la persona que toma la decisión puede pedirle al comité de revisión de ética que trate de resolver la controversia. Esta persona podría presentar información y opiniones al comité. El comité de revisión de ética puede dar un consejo y hacer una recomendación, y puede dar asistencia para resolver la controversia.

**¿Son vinculantes las recomendaciones y el consejo del comité de revisión de ética?**

No, las recomendaciones y el consejo del comité de revisión de ética son simplemente consejos y no son vinculantes, excepto por tres tipos de decisiones muy específicas. El comité de revisión de ética deberá estar de acuerdo con la decisión en las siguientes tres situaciones:

- Un suplente decide retener o retirar un tratamiento de soporte vital (distinto a la CPR) de un paciente en un hogar de ancianos. No se espera que el paciente muera en seis meses y no está permanentemente inconsciente. En esta situación, el comité de revisión de ética deberá estar de acuerdo con lo siguiente:

el paciente tiene una enfermedad que no puede revertirse ni curarse. Además, realizar el tratamiento de soporte vital podría infiligr dolor, sufrimiento u otra carga que podría considerarse razonablemente inhumana o extraordinariamente molesta en esas circunstancias.

- Un suplente decide retener o retirar la nutrición y la hidratación artificial de un paciente en un hospital. El médico tratante se opone. No se espera que el paciente muera en seis meses y no está permanentemente inconsciente. En esta situación, el comité de revisión de ética deberá estar de acuerdo con lo siguiente: el paciente tiene una enfermedad que no puede revertirse ni curarse. Además, la nutrición e hidratación artificiales podrían infiligr dolor, sufrimiento u otra carga que podría considerarse razonablemente inhumana o extraordinariamente molesta en esas circunstancias.
- En un hospital o en un hogar de ancianos, el comité de revisión de ética deberá aprobar la decisión de un menor independiente soltero de retener o retirar el tratamiento de soporte vital sin el consentimiento de un padre o de un tutor.
- Un médico decide admitir en un hospicio a un paciente que no tiene capacidad ni un poder de atención médica o un suplente. El comité también debe revisar el plan de atención de hospicio, que puede incluir la retención o el retiro del tratamiento de soporte vital si se cumplen las normas para la decisión por parte del suplente sobre dicho tratamiento.

En estas tres circunstancias, el tratamiento de soporte vital no se retendrá ni se retirará a menos que el comité de revisión de ética lo autorice.

**¿Qué significa que las recomendaciones y el consejo del comité de revisión de ética sean de asesoramiento y no vinculantes?**

Esto significa que el suplente con mayor prioridad podrá tomar decisiones legales de atención médica. Este podrá hacerlo incluso si otra persona de menor prioridad en la lista de suplentes u otras personas continúan en desacuerdo con el suplente que toma las decisiones.

## **¿Qué sucede si el hospital o el hogar de ancianos tiene una política basada en creencias religiosas o morales que evita que el centro respete una decisión de atención médica?**

De ser posible, el centro deberá informarles a los pacientes o a los miembros de la familia sobre esta política antes o en el momento de la admisión. Cuando se tome la decisión, el centro deberá cooperar para transferir al paciente a otro centro que esté razonablemente accesible y dispuesto a honrar la decisión. Mientras tanto, el centro deberá honrar la decisión, a menos que un tribunal ordene lo contrario. Si la decisión no está de acuerdo con las creencias religiosas o morales del profesional de atención médica, el paciente deberá colocarse oportunamente bajo la atención de otro profesional de atención médica.

## **Órdenes para no resucitar (DNR) fuera de los hospitales o de los hogares de ancianos**

**Si un paciente no está hospitalizado ni en un hogar de ancianos, ¿cómo puede obtener una orden DNR o una orden DNI?**

El médico del paciente puede escribir una orden DNR en un formulario estándar que ha sido autorizado por el New York State Department of Health: DOH-3474 (Orden para no resucitar fuera del hospital). Un médico también puede firmar una orden DNI fuera del hospital además de una orden DNR para fuera

del hospital usando el formulario DOH-5003 llamado Medical Orders for Life-Sustaining Treatment (Orden médica para tratamiento de soporte vital, MOLST). Los EMS, las agencias de atención domiciliar y los hospicios deberán honrar estas órdenes.

**Si el paciente está en casa y tiene una orden DNR para fuera del hospital, u órdenes MOLST, ¿qué sucede si un miembro de la familia o un amigo llama a una ambulancia?**

Si el paciente tiene una orden DNR para fuera del hospital y se la muestra al personal de emergencia, ellos no tratarán de resucitar al paciente ni llevarán al paciente a la sala de emergencias del hospital para que le administren CPR. Sin embargo, podrán llevar al paciente al hospital para que reciba otro tipo de atención necesaria, incluida atención paliativa para aliviar el dolor y reducir el sufrimiento.

**¿Qué sucede con una orden DNR emitida en el hospital o en el hogar de ancianos si el paciente se transfiere de este hospital u hogar de ancianos a atención domiciliaria?**

Las órdenes emitidas para el paciente en un hospital o en un hogar de ancianos no aplican para el hogar. El paciente o cualquier persona que tome las decisiones deberá obtener una orden DNR para fuera del hospital en el formulario DOH-3474 o en el formulario MOLST DOH-5003. Si el paciente sale del hospital o del hogar de ancianos sin una orden DNR para fuera del hospital, esta la puede emitir un médico en el hogar.



**Department  
of Health**

# PODER DE ATENCIÓN MÉDICA

## Nombramiento de su agente de atención médica en el estado de Nueva York

La New York Health Care Proxy Law le permite elegir a alguien en quien confía (por ejemplo, un miembro de la familia o un amigo cercano) para que tome las decisiones de atención médica por usted si no puede tomarlas usted mismo. Al nombrar a un agente de atención médica, usted puede asegurarse de que sus proveedores de atención médica cumplirán sus deseos. Su agente también decidirá sobre cómo aplicar sus deseos a medida que cambia su estado de salud. Los hospitales, los médicos y otros proveedores de atención médica deben respetar las decisiones de su agente como si fueran las suyas. Usted podría darle a la persona que elija para que sea su agente de atención médica el grado de autoridad que usted desee. Podría permitirle a su agente que tome todas las decisiones de atención médica o que solo tome determinadas decisiones. También podría darle instrucciones a su agente para que las siga. Este formulario también se puede usar para documentar sus deseos o instrucciones en relación con la donación de órganos o tejidos.

# Acerca del formulario del Poder de atención médica

**Este es un documento legal importante. Antes de firmar, debe entender lo siguiente:**

1. Este formulario concede a la persona que usted seleccione como su agente la autoridad de tomar todas sus decisiones de atención médica, incluida la decisión de retirar o proporcionar el tratamiento de soporte vital, salvo que usted lo indique de otra manera en este formulario. "Atención médica" significa cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para diagnosticar o tratar su afección física o mental.
2. A menos que su agente conozca de manera razonable sus deseos acerca del suministro de nutrición e hidratación artificial (alimentos y agua proporcionados por medio de una sonda o línea intravenosa), no estará autorizado para rechazar o autorizar este tratamiento en su caso.
3. Su agente empezará a tomar decisiones por usted cuando su médico determine que usted no está en capacidad de hacerlo por sí mismo.
4. Usted puede escribir en este formulario ejemplos de los tipos de tratamientos que no desearía recibir o los tratamientos que desea asegurarse de recibir. Las instrucciones se pueden utilizar para limitar el poder de toma de decisiones del agente. Su agente debe seguir sus instrucciones al tomar decisiones en su nombre.
5. No necesita un abogado para llenar este formulario.
6. Puede elegir a un adulto mayor de 18 años para que sea su agente, incluido un familiar o amigo cercano. Si selecciona a un médico como su agente, este deberá escoger si actúa como agente o su médico tratante, porque un médico no puede desempeñar las dos funciones al mismo tiempo. Asimismo, si usted es paciente o residente de un hospital, un hogar de ancianos o un centro de higiene mental, existen limitaciones especiales para nombrar a una persona que trabaje en el centro como su agente. Pida al personal del centro que le explique esas restricciones.
7. Antes de designar a alguien como su agente de atención médica, hable con la persona y asegúrese de que está dispuesta a hacerlo. Dígale a la persona que seleccione que será su agente de atención médica. Hable sobre sus deseos de atención médica y de este formulario con su agente. Asegúrese de entregarle una copia firmada. Su agente no podrá ser demandado por decisiones de atención médica de buena fe.
8. Si usted designó a su cónyuge como su agente de atención médica y luego se divorcian o se separan legalmente, su ex cónyuge no podrá seguir actuando como su agente ante la ley, salvo que usted lo indique de otra manera. Si desea que su ex cónyuge continúe siendo su agente, puede declararlo en su formulario actualizado y fecharlo o completar un nuevo formulario mediante el cual designe a su ex cónyuge.
9. A pesar de haber firmado este formulario, usted tiene derecho a tomar sus decisiones de atención médica siempre que esté en capacidad de hacerlo, y no se le podrá iniciar ni suspender un tratamiento si usted se opone, y su agente no tendrá ningún poder para objetar sus decisiones.
10. Usted puede anular la autoridad que le otorgó a su agente informándole a él o a su proveedor de atención médica de forma verbal o por escrito.
11. La designación de un agente de atención médica es voluntaria. Nadie lo puede obligar a designar a alguna persona.
12. Puede expresar en este formulario sus deseos o instrucciones acerca de la donación de órganos o tejidos.

## Preguntas frecuentes

### **¿Por qué debo elegir a un agente atención médica?**

Si usted ya no tiene la capacidad, incluso temporalmente, de tomar decisiones de atención médica, alguien debe tomar esas decisiones por usted. Los proveedores de atención médica con frecuencia buscan a los miembros de la familia para que los orienten. Los miembros de la familia podrían expresar lo que ellos piensan que serían sus deseos con respecto a un tratamiento en particular. Nombrar a un agente le permite tener el control de su tratamiento médico al:

- permitir que su agente tome decisiones de atención médica en su nombre de la forma en que usted hubiera decidido;
- elegir a una persona para que tome decisiones médicas porque usted considera que esa persona tomaría las mejores decisiones; y
- elegir a una persona para evitar conflictos o confusión entre los miembros de su familia o entre las personas importantes.

También puede nombrar a un agente alternativo para que sustituya a su primera elección si este no puede tomar decisiones en su nombre.

### **¿Quién puede ser un agente de atención médica?**

Cualquier persona que tenga 18 años de edad o más puede ser un agente de atención médica. La persona que nombre como su agente o agente alternativo no puede firmar como testigo en el formulario de Poder de atención médica.

### **¿Cómo puedo nombrar a un agente de atención médica?**

Todos los adultos competentes, que tengan 18 años de edad o más, pueden nombrar a un agente mediante la firma de un formulario llamado Poder de atención médica. No se necesita un abogado o un notario, solamente dos testigos adultos. Su agente no podrá firmar como testigo. Puede usar el formulario impreso aquí, pero no tiene que usar este formulario.

### **¿En qué momento podrá empezar mi agente de atención médica a tomar decisiones de atención médica en mi nombre?**

Su agente de atención médica empezará a tomar decisiones de atención médica después de que su médico determine que usted no tiene la capacidad para tomar sus propias decisiones de atención médica. Siempre que tenga la capacidad de tomar sus decisiones de atención médica por sí mismo, tendrá el derecho de hacerlo.

### **¿Qué decisiones podrá tomar mi agente de atención médica?**

A menos que usted restrinja la autoridad del agente de atención médica, su agente podrá tomar cualquier decisión de atención médica que usted tomaría si tuviera la capacidad para decidir por sí mismo. Su agente puede estar de acuerdo en que usted reciba tratamiento, puede elegir entre varios tratamientos y decidir cuál tratamiento le deben aplicar, de acuerdo con sus deseos e intereses. Sin embargo, su agente solo puede tomar decisiones en cuanto a nutrición e hidratación artificial (alimentación y agua provista mediante una sonda de alimentación o por vía intravenosa) si conoce sus deseos con base en lo que usted dijo o escribió. El formulario de Poder de atención médica no le otorga a su agente la autoridad para tomar decisiones que no sean de atención médica, como decisiones financieras.

### **¿Por qué debo nombrar a un agente de atención médica si soy joven y saludable?**

Nombrar a un agente de atención médica es una buena idea incluso si no es anciano ni tiene una enfermedad terminal. Un agente de atención médica puede actuar en su nombre si usted es temporalmente incapaz de tomar decisiones de atención médica por su cuenta (como podría ocurrir si está bajo los efectos de anestesia general o si está en estado de coma debido a un accidente). Cuando vuelve a tener la capacidad de tomar decisiones de atención médica por sí mismo, su agente de atención médica ya no estará autorizado para actuar.

## Preguntas frecuentes, continuación

### **¿Cómo tomará las decisiones de atención médica mi agente de atención médica?**

Su agente deberá cumplir sus deseos y deberá tener en cuenta sus creencias morales y religiosas. Puede escribir instrucciones en el formulario de Poder de atención médica o simplemente hablarlo con su agente.

### **¿Cómo sabrá mi agente de atención médica cuáles son mis deseos?**

Con una conversación franca y abierta sobre sus deseos con el agente de atención médica usted le dará mejores herramientas para atender sus intereses. Si su agente no conoce cuáles son sus deseos o sus creencias, el agente está obligado legalmente a actuar en su mejor interés. Debido a que esto es una gran responsabilidad para la persona que nombre como su agente de atención médica, debe hablar con esa persona acerca de los tipos de tratamiento que le gustaría o no le gustaría recibir en diferentes tipos de circunstancias, como:

- si le gustaría iniciar/continuar/retirar el soporte vital si está en coma permanente;
- si desea iniciar/continuar/retirar los tratamientos si tiene una enfermedad terminal;
- si desea iniciar/retener o continuar con nutrición e hidratación artificial y bajo qué tipo de circunstancias.

### **¿Puede mi agente de atención médica actuar en contra de mis deseos o en contra de las instrucciones previas de tratamiento?**

No. Su agente está obligado a tomar decisiones basadas en sus deseos. Si usted expresó claramente algún deseo en particular, o bien, otorgó instrucciones específicas para tratamiento, su agente tiene la responsabilidad de cumplir esos deseos o instrucciones a menos que tenga un motivo de buena fe para creer que sus deseos cambiaron o que no aplican a las circunstancias.

### **¿Quién le prestará atención a mi agente?**

Todos los hospitales, hogares de ancianos, médicos y otros proveedores de atención médica están legalmente obligados a proporcionarle a su agente de atención médica la misma información que le daría a usted y a honrar las decisiones de su agente como si fueran las suyas. Si un hospital o un hogar de ancianos se opone a algunas opciones de tratamiento (como retirar cierto tratamiento), ellos deberán indicárselo a usted o a su agente ANTES o al momento de la admisión, si es razonablemente posible.

### **¿Qué sucede si mi agente de atención médica no está disponible cuando se deban tomar las decisiones?**

Usted podrá nombrar a un agente alternativo para que tome decisiones en su nombre si el agente de atención médica no está disponible o no es capaz o no desea actuar cuando se deban tomar decisiones. De lo contrario, los proveedores de atención médica tomarán las decisiones de atención médica por usted, de acuerdo con las instrucciones que les dio mientras aún era capaz de hacerlo. Cualquier instrucción que usted haya indicado por escrito en su Poder de atención médica servirá de guía a los proveedores de atención médica en estas circunstancias.

### **¿Qué sucede si cambio de parecer?**

Es fácil cancelar un Poder de atención médica, cambiar a la persona que eligió como su agente de atención médica o cambiar cualquier instrucción o restricción que haya incluido en el formulario. Simplemente llene un nuevo formulario. Además, puede indicar que su Poder de atención médica expira en una fecha determinada o si ocurre determinado evento. De lo contrario, el Poder de atención médica tendrá validez permanente. Si elige a su cónyuge como su agente de atención médica o como el agente alternativo y usted se divorcia o se separa legalmente, el nombramiento queda automáticamente cancelado. Sin embargo, si desea que su ex cónyuge continúe siendo su agente, puede declararlo en su formulario actualizado y fecharlo o completar un nuevo formulario mediante el cual designe a su ex cónyuge.

## Preguntas frecuentes, continuación

### **¿Puede mi agente de atención médica ser legalmente responsable por las decisiones que tomó en mi nombre?**

No. Su agente de atención médica no podrá ser responsable por las decisiones de atención médica tomadas en su nombre y de buena fe. Además, no será responsable de los costos de su atención, solo porque es su agente.

### **¿Es lo mismo el poder de atención médica que el testamento en vida?**

No. Un documento de instrucciones anticipadas es aquel que proporciona instrucciones específicas sobre decisiones de atención médica. Puede colocar dichas instrucciones en el formulario de Poder de atención médica. El Poder de atención médica le permite elegir a una persona en quien confíe para que tome decisiones de atención médica en su nombre. A diferencia de un testamento en vida, un poder de atención médica no exige que usted conozca con anticipación todas las decisiones que podrían surgir. En vez de eso, su agente de atención médica puede interpretar sus deseos a medida que las circunstancias médicas cambian, y puede tomar decisiones que este no podría haber sabido que tendría que tomar.

### **¿En dónde debo mantener mi formulario de poder de atención médica después de que lo firme?**

Dele una copia a su agente, una a su médico, una a su abogado y otra a cualquier miembro de la familia o amigo cercano a quien desee dársela. Conserve una copia en su billetera o en su bolso o con otros documentos importantes, pero no en un lugar en donde nadie pueda tener acceso, como una caja de seguridad. Lleve una copia si va a ser admitido en el hospital, incluso para una cirugía menor, o si va a someterse a una cirugía como paciente ambulatorio.

### **¿Podría usar el formulario de poder de atención médica para expresar mis deseos sobre donación de órganos o tejidos?**

Sí. Utilice la sección opcional de donación de órganos y tejidos en el formulario de poder de atención médica y asegúrese de que haya dos testigos para esta sección. Podrá especificar qué órganos o tejidos se usarán para trasplantes, investigaciones o fines educativos. Cualquier limitación asociada con sus deseos deberá anotarse en esta sección del poder. **Si incumple con incluir sus deseos e instrucciones en el poder de atención médica no se interpretará como que usted no desea ser un donador de órganos o tejidos.**

### **¿Puede mi agente de atención médica tomar decisiones en mi nombre sobre donación de órganos o tejidos?**

Sí. A partir del 26 de agosto de 2009, su agente de atención médica está autorizado para tomar decisiones después de su fallecimiento, pero solo en lo concerniente a la donación de órganos o tejidos. Su agente de atención médica podrá tomar dichas decisiones según lo establecido en el formulario de poder de atención médica.

### **¿Quiénes pueden dar consentimiento para una donación si yo elijo no indicar cuáles son mis deseos en este momento?**

Es importante informar a su agente de atención médica sobre sus deseos acerca de la donación de órganos y tejidos, a la persona nombrada como su agente después del fallecimiento, si se nombró alguno, y a los miembros de su familia. Las leyes de Nueva York proporcionan una lista de personas que están autorizadas a dar consentimiento sobre la donación de órganos o tejidos en su nombre. Están enumerados en orden de prioridad: su agente de atención médica; el agente de la persona fallecida; su cónyuge, si no está legamente separado, o su pareja doméstica; un hijo o una hija mayor de 18 años; alguno de sus padres; un hermano o hermana mayor de 18 años; un tutor asignado por un tribunal antes de la muerte del donante; u otra persona autorizada para disponer del cuerpo.

# INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO PARA EL PODER DE ATENCIÓN MÉDICA

## Punto (1)

Escriba el nombre, la dirección y el número telefónico de la persona a quien designa como su agente.

## Punto (2)

Si desea designar a un agente alternativo, escriba el nombre, la dirección y el número telefónico de la persona a quien selecciona como su agente alternativo.

## Punto (3)

Su poder de atención médica continuará siendo válido por tiempo indefinido, salvo que usted establezca una fecha de vencimiento o condiciones para su expiración. Esta sección es opcional y únicamente se deberá llenar si desea que su poder de atención médica expire.

## Punto (4)

Si tiene instrucciones especiales para su agente, escríbalas aquí. Asimismo, si desea limitar la autoridad de su agente de alguna manera, puede expresarlo aquí o hablar con su agente de atención médica. Si usted no establece ninguna limitación, su agente estará autorizado para tomar todas las decisiones de atención médica que usted podría haber tomado, incluida la decisión de autorizar o rechazar el tratamiento de soporte vital.

Si desea conceder autoridad plena a su agente, puede hacerlo directamente en el formulario.

Escriba: *Hablé acerca de mis deseos con mi agente de atención médica y mi agente alternativo, de modo que ellos conocen mis deseos, incluidos aquellos relacionados con alimentación e hidratación artificiales.*

Si desea impartir instrucciones más específicas, podría decir:

*Si llego a padecer una enfermedad terminal, deseo/no deseo recibir los siguientes tipos de tratamiento.*

*Si me encuentro en estado de coma o si mi capacidad de comprensión y conciencia es casi nula, sin esperanza de recuperación, deseo/no deseo que me sometan a los siguientes tipos de tratamiento:...*

*Si sufro daño cerebral o padezco una enfermedad cerebral que no me permita reconocer a las personas ni hablar, y no haya esperanza de que mi condición mejore, deseo/*

*no deseo que me sometan a los siguientes tratamientos:...*

*Hablé con mi agente acerca de mis deseos en relación con \_\_\_\_\_ y deseo que mi agente tome todas las decisiones acerca de estas medidas.*

A continuación presentamos una lista de los ejemplos de tratamientos médicos sobre los cuales posiblemente desee dar instrucciones especiales a su agente. Esta no es una lista completa:

- respiración artificial
- hidratación y alimentación artificial (alimento y agua proporcionados mediante una sonda de alimentación)
- resucitación cardiopulmonar (CPR)
- medicamentos antipsicóticos
- terapia de electrochoque
- antibióticos
- procedimientos quirúrgicos
- diálisis
- trasplante
- transfusiones de sangre
- aborto
- esterilización

## Punto (5)

Debe fechar y firmar este formulario de Poder de atención médica. Si no puede hacerlo por usted mismo, puede pedirle a otra persona que lo firme en su presencia. Asegúrese de incluir su dirección.

## Punto (6)

Puede indicar en este formulario sus deseos o instrucciones acerca de la donación de órganos o tejidos. La ley de Nueva York designa a ciertas personas en orden de prioridad para dar el consentimiento sobre la donación de órganos o tejidos en su nombre: su agente de atención médica; el agente de la persona fallecida; su cónyuge, si no está legamente separado, o su pareja doméstica; un hijo o una hija mayor de 18 años; alguno de sus padres; un hermano o hermana mayor de 18 años; o un tutor asignado por un tribunal antes de la muerte del donante.

## Punto (7)

Dos testigos mayores de 18 años deben firmar este formulario de Poder de atención médica. La persona designada como su agente o agente alternativo no puede firmar como testigo.

# PODER DE ATENCIÓN MÉDICA

(1) Yo \_\_\_\_\_  
por este medio nombro a \_\_\_\_\_  
*(nombre, dirección y número telefónico)*

---

---

*como mi agente de atención médica para que tome todas las decisiones de mi atención médica, salvo en la medida en que yo lo declare de otra manera. Este poder entrará en vigencia únicamente en el momento en que yo no esté en capacidad de tomar mis propias decisiones de atención médica.*

## (2) Opcional: Agente alternativo

Si la persona designada no puede, no desea o no está disponible para actuar como mi agente de atención médica, por este medio nombro a \_\_\_\_\_  
*(nombre, dirección y número telefónico)*

---

---

*como mi agente de atención médica para que tome todas las decisiones de mi atención médica, salvo en la medida en que yo lo declare de otra manera.*

(3) Salvo que yo lo revoque o establezca una fecha de vencimiento o circunstancias bajo las cuales expirará, este poder permanecerá vigente de manera indefinida. (*Opcional: si desea que este poder venza, indique aquí la fecha o las condiciones*). Este poder vencerá (*especifique la fecha o las condiciones*):

---

---

(4) **Opcional:** Ordene a mi agente de atención médica tomar las decisiones de atención médica de acuerdo con mis deseos y limitaciones, como él conoce o como se indica a continuación. (*Si desea limitar la autoridad de su agente para tomar sus decisiones de atención médica o desea impartir instrucciones específicas, puede indicar aquí sus deseos o limitaciones*). Ordene a mi agente de atención médica tomar mis decisiones de atención médica de acuerdo con las siguientes limitaciones o instrucciones (*adjunte páginas adicionales si es necesario*):

---

---

Para que su agente tome decisiones de atención médica por usted acerca de alimentación e hidratación artificiales (*alimentos y agua suministrados por medio de sonda y vía intravenosa*), su agente debe conocer sus deseos de manera razonable. Puede indicar sus deseos a su agente o incluirlos en esta sección. Vea las instrucciones acerca del lenguaje modelo que podría utilizar si decide indicar sus deseos en este formulario, incluidos aquellos relacionados con alimentación e hidratación artificiales.

**(5) Su identificación** (en letra de molde)

Su nombre \_\_\_\_\_

Su firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Su dirección \_\_\_\_\_

**(6) Opcional: Donación de órganos o tejidos**

Por medio del presente, realizo una donación anatómica, que se ejecutará en el momento de mi fallecimiento, de:

(marque la opción que corresponda)

- Cualquier órgano o tejido que se necesite  
 Los siguientes órganos o tejidos \_\_\_\_\_  
  
 Limitaciones \_\_\_\_\_

Si usted no indica sus deseos o instrucciones acerca de la donación de órganos y/o tejidos en este formulario, no se entenderá que usted no desea realizar una donación o que prohíbe a la persona, que de otra manera está autorizada por ley, para que otorgue el consentimiento de una donación en su nombre.

Su firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**(7) Declaración de testigos** (Los testigos deben tener al menos 18 años y no pueden ser el agente de atención médica ni el agente alternativo).

Declaro que conozco personalmente a la persona que firmó este documento, quien parece tener lucidez mental y actuar por libre voluntad propia. Él o ella firmó (o le pidió a otra persona que firmara en su nombre) este documento en mi presencia.

**Testigo 1**

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre (en letra de molde) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

**Testigo 2**

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre (en letra de molde) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_



# Carta del Departamento de Salud del Estado de Nueva York.

## STATEWIDE PLANNING AND RESEARCH COOPERATIVE SYSTEM (SISTEMA COOPERATIVO DE PLANIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN DE TODO EL ESTADO, SPARCS)

Por la presente se notifica a todos los pacientes del hospital que el New York State Department of Health (Departamento de Salud del Estado de Nueva York) ha desarrollado un sistema de datos a nivel estatal conocido como el Sistema Cooperativo de Planificación e Investigación de Todo el Estado (SPARCS) y que todos los hospitales de cuidados intensivos deben presentar al SPARCS determinada información de expedientes médicos y facturación con respecto a todos los pacientes. Esta información en el SPARCS se utilizará para estudios financieros, fijación de tarifas, revisión de utilización, planificación de salud y estudios epidemiológicos y de investigación.

Tenga en cuenta que en virtud de este programa:

1. El New York State Department of Health (Departamento de Salud del Estado de Nueva York) no recibirá el nombre de ningún paciente ni información que permita identificar al paciente dentro del sistema mencionado.
2. Las regulaciones se aprobaron para proteger la privacidad y confidencialidad del paciente al restringir el acceso a toda información sensible en el SPARCS y garantizar la revisión de todas las solicitudes por parte de una junta de revisión pública e independiente.
3. Las regulaciones se aprobaron para proteger la privacidad y confidencialidad del paciente al restringir el acceso a toda información sensible en SPARCS y garantizar la revisión de todas las solicitudes por parte del Data Governance Committee (Comité de Gestión de Datos).
4. El SPARCS no está hecho para identificar pacientes específicos sino que está estructurado para brindar información sobre tendencias de enfermedades y costos de atención en hospitales.

Este hospital debe presentar información sobre los expedientes médicos y la facturación del paciente al Department of Health (Departamento de Salud) conforme la sección 400.18 del Artículo 1, Subcapítulo A, Capítulo V, título 10 (Salud) de la OFFICIAL COMPILATION OF CODES, RULES AND REGULATIONS OF THE STATE OF NEW YORK (COMPILACIÓN OFICIAL DE CÓDIGOS, NORMAS Y REGLAMENTOS DEL ESTADO DE NUEVA YORK). La privacidad, confidencialidad y seguridad de la información está protegida en virtud de la sección 400.18 del Artículo 1, Subcapítulo A, Capítulo V, Título 10 (Salud) de la COMPILACIÓN OFICIAL DE CÓDIGOS, NORMAS Y REGULACIONES DEL ESTADO DE NUEVA YORK.

Para más información acerca del SPARCS, comuníquese con:

SPARCS Operations  
Bureau of Health Informatics  
Office of Quality and Patient Safety  
New York State Department of Health  
Empire State Plaza  
Corning Tower, Room 878  
Albany, New York 12237  
Teléfono: (518) 473-8144  
Fax: (518) 486-3518

Preguntas/comentarios:

[sparcs.submissions@health.ny.gov](mailto:sparcs.submissions@health.ny.gov)

Solicitudes de datos:

[sparcs.requests@health.ny.gov](mailto:sparcs.requests@health.ny.gov)

Los hospitales deben proporcionarles a los pacientes una carta de notificación del New York State Department of Health (Departamento de Salud del Estado de Nueva York) en relación con el sistema de recopilación de datos a nivel estatal conocido como SPARCS.

10NYCRR, 400.18 (b) (2) y (C) (2) (Carta SPARCS)

# INFORMACIÓN SOBRE MATERNIDAD

Los hospitales (y los centros de maternidad) deben brindarles una copia de la **Declaración de derechos de madres lactantes** y el **Folleto informativo de maternidad** a las pacientes de maternidad o su representante designado (en el momento previo a la programación, cuando asisten a las clases de educación prenatal o al momento de la admisión) y al público en general si así lo solicitan.

La **Declaración de derechos de madres lactantes** exige que las mujeres reciban información sobre la obligación del hospital de brindar instrucción, asistencia y apoyo de lactancia e información sobre los beneficios de la lactancia sin intereses comerciales. Esta información le indicará qué puede esperar y sus opciones y derechos de parto, así como también la ayudará a planificar el nacimiento de su bebé.

El **Folleto de información sobre maternidad** incluye información sobre los procedimientos y las prácticas de su hospital relacionados con la maternidad. Las estadísticas del hospital y las estadísticas promedio para todos los hospitales de Nueva York que brindan atención de maternidad se actualizan anualmente. Esto le permite comparar las estadísticas de su hospital con las de otros hospitales de Nueva York respecto del tipo de partos (p. ej., cesárea), el uso de procedimientos seleccionados durante el nacimiento, las tasas de lactancia o la disponibilidad de salas de parto o habitaciones compartidas.

- Se brinda **cobertura de seguro para pacientes hospitalizados** en el estado de Nueva York para la madre y el recién nacido durante al menos 48 horas luego de un parto vaginal y al menos 96 horas luego de una cesárea. Asimismo, cada hospital debe brindar educación para el paciente, asistencia y capacitación sobre lactancia materna y con biberón y cualquier evaluación clínica necesaria de la madre o el recién nacido. Verifique con su compañía de seguro para más información sobre la cobertura de maternidad.
- Luego de dar a luz, puede sufrir **depresión materna o depresión postparto**. Su cuerpo ha sufrido cambios físicos y hormonales, que pueden dejarle sensaciones de tristeza, cambios de humor, enojo, ansiedad y baja autoestima durante días o semanas luego del nacimiento. La depresión postparto es muy común y pasará después de un tiempo breve. Su médico puede sugerirle algunas maneras para ayudarla a sentirse mejor. La depresión materna es menos común. Los síntomas son graves y pueden incluir sentimientos de desesperanza, mucha ansiedad, problemas alimentarios, sensación de “estar fuera de control” y pensamientos relacionados con lastimarse a usted o al bebé. Comuníquese con su médico si presenta estos síntomas ya que la depresión materna puede tratarse. Debe comunicarse con su médico de inmediato si siente que puede lastimarse o lastimar a su bebé.
- El **síndrome del bebé sacudido** hace referencia a las lesiones que pueden resultar de sacudir de manera violenta a un bebé o niño. Los padres que acaban de tener un hijo deben ser conscientes del peligro que implica sacudir a un bebé o niño pequeño. Muchas veces, la frustración al cuidar de un niño hace perder el control, y una persona puede sacudir al bebé en un intento de que deje de llorar. A menudo, no hay intención de lastimarlo, sino que la intención es que deje de llorar. El estrés de cuidar a un recién nacido puede exponer a cualquier persona que esté a cargo del bebé, incluso a los padres, al riesgo de sacudirlo. Antes de que abandone el hospital, se le pedirá que mire un video sobre los peligros de sacudir a los bebés y niños pequeños. Se le solicitará que firme un formulario que indique que vio el video o se negó a verlo. Para más información sobre el síndrome del bebé sacudido, visite el sitio web del Department of Health (Departamento de Salud) en [health.ny.gov/prevention/injury\\_prevention/shaken\\_baby\\_syndrome/](http://health.ny.gov/prevention/injury_prevention/shaken_baby_syndrome/).
- El **lugar y la posición seguros para dormir** son importantes para evitar que los bebés mueran de manera repentina por causas relacionadas con el sueño. Los bebés deben dormir solos, sobre sus espaldas y en una cuna segura tanto en las siestas como durante la noche. La cuna debe tener un colchón firme y sábanas ajustadas. Se recomienda compartir la habitación sin compartir la cama. Los bebés no deben dormir en un sillón o una silla. El hospital o el centro de maternidad le brindarán más información sobre el sueño seguro del bebé antes de que se lleve a su hijo a su hogar. Visite el sitio web del Department of Health (Departamento de Salud) en [health.ny.gov/publications/0672/](http://health.ny.gov/publications/0672/).

10NYCRR, 405.21 (c) (8) (III): Los hospitales deben garantizar la disponibilidad de clases de preparación para el parto para todas las mujeres que se anoten con anticipación. Las clases deben tratar el embarazo, trabajo de parto y parto, cuidado y alimentación del bebé, lactancia, crianza, nutrición, efectos del tabaco, el alcohol y otras drogas en el bebé y evaluación del recién nacido. Public Health Law (Ley de Salud Pública), § 2803-j: Información para pacientes de maternidad

Public Health Law, § 2505-a: Declaración de derechos de madres lactantes

# VIOLENCIA DOMÉSTICA: AVISO PARA LOS PACIENTES PRENATALES Y DE MATERNIDAD

**Este aviso contiene información valiosa para usted si es víctima de violencia doméstica. Si es víctima de violencia doméstica, debe solicitar hablar con alguien sobre su situación y debe recibir esta información de manera privada y confidencial. Se infringen sus derechos como paciente si el personal del hospital le pregunta si es víctima de violencia doméstica frente a cualquier persona o familiar que la acompañe.**

## ¿Usted y su bebé están seguros?

Es posible que no lo estén si hay violencia doméstica en su vida. Aquí tiene algunas preguntas que la ayudarán a saber si es víctima de abuso:

### ¿Su pareja la maltrata verbalmente?

¿La insulta y la hace sentir despreciable?

### ¿La degrada delante de otras personas?

¿La lastima físicamente?

¿La empuja, la abofetea, le pega, la patea, la asfixia o le da golpizas?

¿La obliga a hacer actividades sexuales que usted no desea o la lastima durante las relaciones sexuales?

¿Él se encarga de todo?

¿Le dice a quién puede ver o con quién puede hablar y con quién no?

¿Controla el dinero de toda la familia?

### ¿La asusta?

¿Pierde el control, se pone muy celoso o rompe cosas?

¿Amenaza con lastimarla a usted, a los niños, a las mascotas o a sí mismo?

Las víctimas de abuso doméstico no siempre reciben maltrato físico. Si respondió que “sí” a alguna de las preguntas anteriores, es posible que esté sufriendo abuso. Usted o sus hijos podrían estar en peligro.

**No está sola.**

**No es culpable.**

**No merece que abusen de usted.**

¿Sabía que la violencia doméstica a veces comienza o empeora durante el embarazo?

Y usted no es la única perjudicada:

- Una mujer que sufre abuso durante el embarazo tiene más probabilidades de sufrir un aborto espontáneo, infecciones, hemorragias, anemia y otros problemas de salud. Estas complicaciones pueden afectarla a ella y al bebé.
- La madre tiene el doble de probabilidades de tener un bebé con bajo peso.
- La mayoría de los hombres que golpean a sus parejas también golpean a sus hijos. Algunos también abusan sexualmente de sus hijos.
- Los niños cuyos padres golpean a sus madres pueden sufrir problemas de salud, sueño, enojo, culpa, miedo y ansiedad.
- Cada año, más de 1,000 niños en los EE. UU. mueren por lesiones causadas por sus padres, tutores u otras personas.

**Ni usted ni su bebé merecen que se los trate de esta manera.**

**Tiene derecho a estar segura.**

**Hay ayuda a su disposición.**

**¿Qué tipo de ayuda necesita?**

Los servicios que se enumeran a continuación se encuentran disponibles en la mayoría de las comunidades.

Todo lo que diga es confidencial.

- Líneas directas: un consejero hablará por teléfono con usted y le dará información o simplemente la escuchará. También le indicará lugares cercanos para llamar o visitar en busca de más ayuda, si lo desea. Los números de las líneas directas se enumeran abajo.
- Grupos de apoyo: puede hablar con otras mujeres que han pasado por lo que usted está pasando (grupo de apoyo). Esto puede ayudarla a sentirse menos sola y puede compartir ideas e información sobre seguridad.
- Servicios para niños: muchos programas brindan asesoramiento y apoyo para niños a fin de ayudarlos a comprender lo que está sucediendo. Les brinda una oportunidad para hablar sobre sus sentimientos.
- Servicios de defensa y otros servicios de apoyo: hay personas que pueden ayudarla a transitar el “sistema”. Estas personas son los defensores contra la violencia doméstica. Los servicios de defensa suelen incluir ayuda para encontrar asesoramiento legal, asesoramiento, atención médica, vivienda, un puesto de trabajo y servicios sociales.
- La policía y los tribunales: la policía puede ayudar de muchas maneras, como llevarla a usted y a sus niños a un lugar seguro en una emergencia. Los tribunales de familia y penales pueden ayudar al emitir una orden de protección o al decidir la custodia, las visitas o la manutención.
- Refugios: la mayoría de los condados cuentan con refugios y hogares de acogida en los que pueden quedarse usted y sus niños. Los refugios pueden ayudarla a conseguir muchos de los servicios indicados arriba.

Nadie “se lo merece” y nadie debería tener que vivir con miedo. Se lo debe a sus hijos, para mantenerlos a ellos y a usted a salvo.

**No está sola.**

**Hay ayuda a su disposición.**

---

## **Líneas directas del estado de Nueva York**

**Línea directa de violencia doméstica y sexual de NYS:**

**1-800-942-6906**

CONFIDENCIAL 24 HS/7 DÍAS A LA SEMANA

Inglés y español, accesibilidad multilingüe

Personas sordas o hipoacúsicas: **711**

En la ciudad de Nueva York: **311 o 1-800-621-HOPE (4673)**

TDD: **1-866-604-5350**

Para encontrar recursos adicionales del estado de Nueva York y nacionales (jóvenes, militares, LGBT):

**Office for the Prevention of Domestic Violence**

**(Oficina para la Prevención de la Violencia Doméstica):**

<http://www.opdv.ny.gov/>

**Rape Crisis and Sexual Violence Prevention Program**

**(Programa de prevención de violación y violencia sexual):**

[https://www.health.ny.gov/prevention/sexual\\_violence/resources.htm](https://www.health.ny.gov/prevention/sexual_violence/resources.htm)

**Office of Children & Family Services (Oficina de Servicios para niños y familias)**

Para denunciar abuso infantil: **1-800-342-3720**

**National Committee to Prevent Child Abuse (Comité Nacional para la Prevención de Abuso Infantil): 1-800-342-7472**

Línea de ayuda para padres e información de prevención

# VIOLENCIA DOMÉSTICA: AVISO DE LOS DERECHOS DE LAS VÍCTIMAS

**El Aviso de los derechos de las víctimas está redactado para informar a las víctimas de violencia doméstica sobre sus derechos y recursos legales disponibles en virtud de la ley. Si es víctima de violencia doméstica, la alentamos a solicitar una charla privada con un trabajador social o alguien que pueda ayudarla. Debe ser entrevistada de manera privada, sin que ninguna persona que la acompañe pueda verla u oírla. Se infringen sus derechos como paciente si el personal del hospital le pregunta si es víctima de violencia doméstica frente a cualquier persona o familiar que la acompañe.**

## Si es víctima de violencia doméstica:

### **La policía puede ayudarla a:**

- conseguir un lugar seguro alejado de la violencia;
- obtener información sobre cómo el tribunal puede ayudar a protegerla contra la violencia;
- obtener atención médica por las lesiones que usted o sus hijos puedan tener;
- buscar las pertenencias necesarias en su hogar para usted y sus hijos;
- obtener copias de denuncias policiales sobre violencia; o
- presentar una queja ante un tribunal penal, e indicarle dónde se encuentran los tribunales de familia y penales locales.

### **Los tribunales pueden ayudar:**

- Tiene derecho a llevar su caso ante los tribunales penales, de familia o ambos.
- Los formularios que necesita están disponibles en los tribunales de familia y penales.
- Los tribunales pueden decidir emitir una orden temporal de protección para usted, sus hijos y cualquier testigo que solicite una.
- El tribunal de familia puede designar un abogado para ayudarlo en el tribunal si se determina que usted no puede pagar uno.
- El tribunal de familia puede ordenar la manutención temporal y la custodia temporal de sus hijos.

### **La ley de Nueva York establece lo siguiente:**

“Si es víctima de violencia doméstica, puede pedir que el funcionario la ayude a mantener su seguridad y la de sus hijos, y le brinde información sobre cómo obtener una orden temporaria de protección. También puede solicitarle al funcionario que la ayude a obtener sus efectos personales esenciales y a ubicar y llevarla a usted (o a realizar los arreglos para llevarla a usted y sus hijos) a un lugar seguro dentro de la jurisdicción del funcionario, incluidos, entre otros, un programa de violencia doméstica, la residencia de un familiar o amigo o un lugar seguro similar. Cuando la jurisdicción del funcionario abarca más de único un condado, puede pedirle que la lleve (o realice los arreglos para llevarla), a usted y a sus hijos, a un lugar seguro dentro del condado en el que sucedió el incidente. Si usted o sus hijos necesitan tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que el funcionario la ayude a obtener dicho tratamiento. Puede pedir sin cargo una copia de cualquier denuncia de incidentes en la oficina policial”.

“Tiene derecho a buscar el asesoramiento legal que usted elija, y si procede en un tribunal de familia y se determina que no puede pagar un abogado, se debe designar uno para que la represente sin ningún cargo. Puede pedirle al fiscal de distrito o a un oficial de la policía que presente una queja penal. También tiene derecho a presentar una petición en un tribunal penal cuando se ha cometido un delito familiar en su contra. Tiene derecho a que se presenten su petición y solicitud de orden de protección en el mismo día que comparece ante el tribunal, y dicha solicitud debe dirimirse el mismo día o al día siguiente en el que el tribunal entra en sesión. Cualquiera de los dos tribunales puede emitir una orden de protección por una conducta que constituya un delito familiar, lo que puede incluir, entre otras, una orden para que el acusado o demandado no se acerque a usted ni a sus hijos. El tribunal de familia puede ordenar el

pago de manutención temporal y otorgar la custodia temporal de sus hijos. Si el tribunal de familia no está en sesión, puede buscar asistencia inmediata del tribunal penal para obtener una orden de protección. Los formularios que necesita para obtener una orden de protección están disponibles en el tribunal de familia y el tribunal penal local. Puede llamar a los siguientes números telefónicos gratuitos para acceder a los recursos disponibles en esta comunidad a fin de recibir información relacionada con la violencia doméstica, el tratamiento de lesiones y los lugares seguros y refugios. Presentar una queja penal o una petición en un tribunal de familia con alegaciones falsas a sabiendas constituye un delito”.

**Solicite ayuda ahora.  
Busque seguridad.  
Permanezca a salvo.**

**Llame:**  
**1-800-942-6906**  
(inglés y español)  
(24 horas)

o a su programa local de  
violencia doméstica.

# DECLARACIÓN DE DERECHOS DE LOS PADRES

**Como padre, tutor legal o persona con la autoridad para tomar decisiones por un paciente pediátrico que recibe atención en este hospital, usted tiene derecho, según la ley, a lo siguiente:**

- 1) Informar al hospital el nombre del proveedor de atención primaria de su hijo, si se conoce, y tener esta información en el expediente médico de su hijo.
- 2) Tener la seguridad de que nuestro hospital solo admitirá pacientes pediátricos en la medida en que tenga la capacidad de proporcionar el personal calificado, el espacio y los equipos de tamaño adecuado que se necesiten para atender las necesidades singulares de los pacientes pediátricos.
- 3) Autorizar que al menos uno de los padres o tutores legales permanezca con el niño en todo momento, en la medida de lo posible, según las necesidades de salud y seguridad de su hijo.
- 4) Solicitar que un médico, asistente médico o practicante de enfermería que conozca la enfermedad de su hijo revise todos los resultados de las pruebas que se realicen durante la admisión o la consulta en una sala de emergencias.
- 5) Solicitar que no se le dé de alta a su hijo de nuestro hospital o sala de emergencias hasta que un médico, asistente médico o enfermera practicante revise todos los exámenes que, de manera razonable, se espera que arrojarán resultados de valores críticos y que estos resultados se le comuniquen a usted, a otras personas encargadas de tomar decisiones y a su hijo, si así corresponde. Los resultados de valores críticos son aquellos que indican una enfermedad que pone en riesgo la vida u otra enfermedad grave que requiere atención médica inmediata.
- 6) Solicitar que no se le dé de alta a su hijo de nuestro hospital o sala de emergencias hasta que usted o su hijo, si corresponde, reciban un plan de alta por escrito, que también se les comunicará de forma verbal a usted, a su hijo u otras personas encargadas de tomar decisiones médicas. En el plan de alta por escrito se incluirán específicamente todos los resultados críticos de laboratorio u otras pruebas de diagnóstico que se ordenen durante la estancia de su hijo, así como todas las demás pruebas que aún no se hayan realizado.
- 7) Recibir los resultados de valor crítico y el plan de alta de su hijo de forma tal que se garantice de manera razonable que usted, su hijo (si corresponde) u otras personas encargadas de tomar decisiones médicas entenderán la información médica proporcionada para tomar decisiones médicas adecuadas.
- 8) Pedir que se entreguen todos los resultados de laboratorio de esta hospitalización o consulta a sala de emergencias al proveedor de atención primaria de su hijo, si se conoce.
- 9) Solicitar información sobre los diagnósticos o posibles diagnósticos que se consideraron durante este episodio de atención y las complicaciones que podrían desarrollarse, así como la información sobre cualquier comunicación que se haya sostenido con el proveedor de atención primaria de su hijo.
- 10) Obtener un número telefónico al que puede llamar luego de que se le dé de alta a su hijo del hospital o del Departamento de Emergencias, para obtener asesoría en caso de complicaciones o preguntas que surjan sobre la enfermedad de su hijo.

Public Health Law (Ley de Salud Pública, PHL) 2803(i)(g) Patient's Rights (Derechos de los pacientes)  
10NYCRR, sección 405.7





Preguntas o comentarios:  
**[hospinfo@health.ny.gov](mailto:hospinfo@health.ny.gov)**



Síganos en:  
[health.ny.gov](http://health.ny.gov)  
[facebook.com/nysdoh](http://facebook.com/nysdoh)  
[twitter.com/HealthNYGov](http://twitter.com/HealthNYGov)  
[youtube.com/nysdoh](http://youtube.com/nysdoh)

- Con nuestro directorio de pacientes, incluyendo nuestro departamento de servicios de capellanía, como un sacerdote o un rabino.
  - Con su familia, amigos u otras personas que participen en su atención o en el pago de su atención.

En las siguientes situaciones, solo usaremos o compartiremos su información si usted nos da permiso por escrito:

- Para fines de marketing
  - Para venderla o para pagos por parte de un tercero
  - La mayoría de los casos en los que se comparten notas de psicoterapia
  - Cualquier otro motivo que no se describa en este Aviso

Usted puede revocar (cancelar) ese permiso, excepto cuando ya nos hayamos basado en el mismo, comunicándose con el representante de Privacidad.

## Sus derechos

Usted tiene determinados derechos sobre su información médica.  
Puede:

- revisar u obtener una copia electrónica o impresa de su expediente médico, incluyendo registros de facturación. Por sus expedientes se le puede cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

Si hay algún retraso, se lo diremos. También puede consultar su información médica directamente por medio de nuestro portal seguro para pacientes, MyChart de NYU Langone Health en <https://mychart.nyulmc.org/>;

- pedir comunicaciones confidenciales. Puede pedirnos que nos comuniquemos con usted de cierta manera, por ejemplo, por teléfono celular. Cumpliremos todas las peticiones razonables;
  - pedirnos que limitemos lo que usamos o compartimos para operaciones de tratamiento, pago y atención médica. No estamos obligados a cumplir su petición, pero la revisaremos. Si paga totalmente de su bolsillo por los servicios y nos pide que no compartamos la información con su plan de seguro, aceptaremos a menos que una ley nos obligue a compartir dicha información;
  - pedirnos que corrijamos su expediente médico si es impreciso o está incompleto. Podemos denegar su petición, pero lo informaremos de los motivos por escrito en un plazo de 60 días;
  - obtener una lista de las personas con las que hayamos compartido información. Puede pedir una lista (informe) de las veces que compartimos su información y por qué lo hicimos para los seis años anteriores a su petición. En esa lista no se incluirán todas las revelaciones, por ejemplo, las que se hayan hecho por motivos de tratamiento, pagos u operaciones de atención médica. Tiene derecho a obtener esta lista sin cargo una vez cada 12 meses, pero es posible que le cobremos el costo de dar listas adicionales durante ese tiempo;

- obtener una copia de este Aviso de privacidad. Simplemente pídalos y le daremos una copia en el formato que quiera (papel o electrónico);
  - elegir a alguien para que lo represente. Este “representante personal” puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Normalmente, los padres y los tutores tendrán este derecho sobre los menores de edad, a menos que la ley le permita al menor actuar en su propio nombre;
  - presentar una queja, si cree que se han violado sus derechos. Puede comunicarse con el representante de Privacidad o con el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. No tomaremos represalias ni medidas en su contra por presentar una queja;
  - pedir más protecciones de privacidad para su expediente médico electrónico.

## Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información médica protegida.
  - Le avisaremos si se produce una violación que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información identificable.
  - Debemos cumplir las prácticas descritas en este Aviso y darle una copia del mismo.
  - Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este Aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo Aviso estará disponible si lo pide y en nuestro sitio web en [www.nyulangone.org](http://www.nyulangone.org).

## Preguntas o preocupaciones

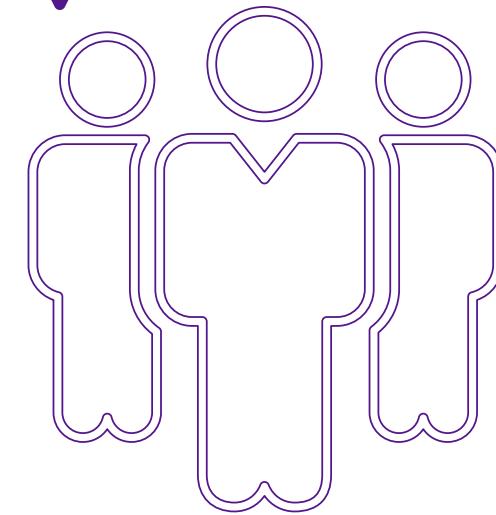
Si tiene una pregunta o quiere ejercer sus derechos descritos en este Aviso, comuníquese con el representante de Privacidad: One Park Avenue, 3rd Floor, New York, New York 10016, Attention: Privacy Officer, por teléfono, llamando al 1-877-PHI-LOSS o al 212-404-4079, o por correo electrónico, escribiendo a [compliancehelp@nyulangone.org](mailto:compliancehelp@nyulangone.org).

La mayoría de las peticiones para ejercer sus derechos deben hacerse por escrito al representante de Privacidad, o al consultorio del médico o al departamento del hospital que correspondan. Para obtener más información o pedir un formulario de solicitud, comuníquese con el representante de Privacidad o visite <http://hyulangone.org/policies-disclaimers/hipaa-patient-privacy>.

Este Aviso entró en vigor el 9/1/2022.



# AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD



私隱守則通知也有中文版本。要獲取該通知的中文版本，請於接待處索取。

**Este aviso describe cómo se puede usar y revelar información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a dicha información. Revíselo atentamente.**

## **Estamos comprometidos con su privacidad**

NYU Langone Health se compromete a mantener la privacidad y la confidencialidad de su información médica. Únicamente usaremos o revelaremos (compartiremos) su información médica según lo descrito en este Aviso. Se le pedirá que firme un acuse de recibo de este Aviso.

## **Quién cumple este Aviso**

Este es un Aviso conjunto que cumplen todos los empleados, el personal médico, el personal en formación, los estudiantes, los voluntarios y los agentes de NYU Langone Health en estos centros:

- NYU Langone Hospitals  
(incluyendo NYU Langone Health Home Care)
- NYU Grossman School of Medicine  
(incluyendo nuestros consultorios médicos grupales)
- Family Health Centers en NYU Langone Health
- Southwest Brooklyn Dental Practice
- Long Island Community Hospital ("LICH")

NYU Langone Hospitals y NYU Grossman School of Medicine participan en un Acuerdo de atención médica organizada ("OHCA") con las siguientes entidades:

- Family Health Centers en NYU Langone Health;
- Southwest Brooklyn Dental Practice; y
- Long Island Community Hospital ("LICH")

Esas entidades que participan en el OHCA pueden usar y compartir entre ellos su información para hacer operaciones de tratamiento, pago y atención médica relacionadas con este acuerdo.

Si los profesionales de NYU Langone Health le dan tratamiento o le prestan servicios en otros centros, por ejemplo, en Manhattan VA Medical Center o en Bellevue Hospital Center, se aplicará el Aviso de prácticas de privacidad que reciba allí.

## **Uso e intercambio de su información**

Esta sección describe las diferentes maneras en que podríamos usar y compartir su información. Por lo general, nos comunicaremos con usted por teléfono para estos fines, pero si nos ha dado su dirección de correo electrónico o su permiso para que le envíemos un mensaje de texto, es posible que nos comuniquemos con usted de esa manera. La comunicación mediante mensajes de texto y correo electrónico puede no ser segura ni estar cifrada, y, dándonos su número de teléfono celular o su correo electrónico, usted autoriza a NYU Langone Health a comunicarse con usted de esa manera.

Principalmente, usamos y compartimos su información para hacer operaciones de tratamiento, pago y atención médica. Esto significa que usamos y compartimos su información médica:

- con otros proveedores de atención médica que le estén dando tratamiento o con una farmacia que esté surtiendo sus recetas;
- con su plan de seguro, para cobrar los servicios de atención médica u obtener aprobación previa para sus tratamientos; y
- para operar nuestra empresa, mejorar la atención, educar a nuestros profesionales y evaluar el desempeño de los proveedores.

A veces, es posible que compartamos su información con nuestros socios comerciales, por ejemplo, el servicio de facturación que nos ayuda con nuestras operaciones comerciales. Todos nuestros socios comerciales deben proteger la privacidad y la seguridad de su información médica, igual que nosotros.

También es posible que usemos o compartamos su información para comunicarnos con usted:

- para hablar de servicios o beneficios relacionados con la salud;
- para hablar de sus futuras citas;
- para saber si le interesaría participar en proyectos de investigación;
- para hablar de las actividades de recaudación de fondos de NYU Langone Health.

Tiene derecho a dejar de recibir comunicaciones sobre la recaudación de fondos. Puede pedirlo escribiendo a la Oficina de Desarrollo de NYU Langone Health [NYU Langone Health Development Office] a developmentoffice@nyulangone.org, o llamando al 212-404-3640 o al número gratuito, 1-800-422-4483.

Si no quiere que lo informen de proyectos de investigación en los que podría participar, puede escribir a research-contact-optout@nyulangone.org o llamar al 1-855-777-7858.

Hay protecciones especiales si usamos o compartimos información médica delicada. Esto incluye información relacionada con el VIH, información sobre salud mental, información sobre tratamiento por abuso de drogas o alcohol e información genética. Por ejemplo, según las leyes del estado de Nueva York, la información confidencial relacionada con el VIH solo puede compartirse con personas que estén autorizadas por ley a tenerla o con personas a las que usted haya autorizado a tenerla firmando un formulario de autorización específico. Si su tratamiento incluye ese tipo de información, puede comunicarse con el representante de Privacidad para obtener una explicación detallada.

También se nos permite compartir su información de otras maneras, y, a veces, la ley lo exige. Debemos cumplir determinadas condiciones de la ley antes de que podamos compartir su información por los siguientes motivos. Algunos ejemplos de cada uno incluyen:

- Salud pública y seguridad: reportar enfermedades, nacimientos o muertes; reportar sospechas de abuso, descuido o violencia doméstica; evitar una amenaza grave a la salud o a la seguridad públicas; monitorear retiradas de productos del mercado; y reportar información con fines de seguridad y calidad.
- Investigación: análisis de proyectos de registros médicos que haya aprobado nuestra Junta de Revisión Institucional (IRB) y que representen un riesgo bajo para su privacidad; preparación para un estudio de investigación; estudios que solo conlleven información de difuntos.
- Procedimientos judiciales y administrativos: en respuesta a una orden judicial o administrativa.
- Compensación de trabajadores y otros pedidos del gobierno: audiencias o pagos de reclamos de compensación de trabajadores; con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley; funciones especiales del gobierno (militares, seguridad nacional).
- Fuerzas del orden: con las autoridades, para identificar o encontrar a una persona sospechosa o desaparecida.
- Cumplimiento de la ley: con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) para ver si cumplimos las leyes federales de privacidad.
- Situación de ayuda por desastres: compartir su ubicación y la ubicación general con el fin de informar a sus familiares, amigos y agencias aprobadas por la ley para ayudar en situaciones de emergencia.
- Con organizaciones que manejen la donación o el trasplante de órganos, tejidos u ojos.
- Con forenses, examinadores médicos o directores de funerarias, según sea necesario para que hagan su trabajo.
- En relación con revelaciones o usos permitidos: decir su nombre en un área de espera para una cita, y otras personas en esa área podrían escuchar su nombre. Hacemos todo lo posible para limitar dichos usos y revelaciones incidentales.

En las siguientes situaciones, podríamos usar o revelar su información, a menos que usted se oponga o si nos da específicamente su permiso. Si, por algún motivo, no puede decírnos sus preferencias, por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información si creemos que sería lo mejor para usted.

# PODER DE ATENCIÓN MÉDICA

## Nombramiento de su agente de atención médica en el estado de Nueva York

La New York Health Care Proxy Law le permite elegir a alguien en quien confía (por ejemplo, un miembro de la familia o un amigo cercano) para que tome las decisiones de atención médica por usted si no puede tomarlas usted mismo. Al nombrar a un agente de atención médica, usted puede asegurarse de que sus proveedores de atención médica cumplirán sus deseos. Su agente también decidirá sobre cómo aplicar sus deseos a medida que cambia su estado de salud. Los hospitales, los médicos y otros proveedores de atención médica deben respetar las decisiones de su agente como si fueran las suyas. Usted podría darle a la persona que elija para que sea su agente de atención médica el grado de autoridad que usted desee. Podría permitirle a su agente que tome todas las decisiones de atención médica o que solo tome determinadas decisiones. También podría darle instrucciones a su agente para que las siga. Este formulario también se puede usar para documentar sus deseos o instrucciones en relación con la donación de órganos o tejidos.

# Acerca del formulario del Poder de atención médica

**Este es un documento legal importante. Antes de firmar, debe entender lo siguiente:**

1. Este formulario concede a la persona que usted seleccione como su agente la autoridad de tomar todas sus decisiones de atención médica, incluida la decisión de retirar o proporcionar el tratamiento de soporte vital, salvo que usted lo indique de otra manera en este formulario. "Atención médica" significa cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para diagnosticar o tratar su afección física o mental.
2. A menos que su agente conozca de manera razonable sus deseos acerca del suministro de nutrición e hidratación artificial (alimentos y agua proporcionados por medio de una sonda o línea intravenosa), no estará autorizado para rechazar o autorizar este tratamiento en su caso.
3. Su agente empezará a tomar decisiones por usted cuando su médico determine que usted no está en capacidad de hacerlo por sí mismo.
4. Usted puede escribir en este formulario ejemplos de los tipos de tratamientos que no desearía recibir o los tratamientos que desea asegurarse de recibir. Las instrucciones se pueden utilizar para limitar el poder de toma de decisiones del agente. Su agente debe seguir sus instrucciones al tomar decisiones en su nombre.
5. No necesita un abogado para llenar este formulario.
6. Puede elegir a un adulto mayor de 18 años para que sea su agente, incluido un familiar o amigo cercano. Si selecciona a un médico como su agente, este deberá escoger si actúa como agente o su médico tratante, porque un médico no puede desempeñar las dos funciones al mismo tiempo. Asimismo, si usted es paciente o residente de un hospital, un hogar de ancianos o un centro de higiene mental, existen limitaciones especiales para nombrar a una persona que trabaje en el centro como su agente. Pida al personal del centro que le explique esas restricciones.
7. Antes de designar a alguien como su agente de atención médica, hable con la persona y asegúrese de que está dispuesta a hacerlo. Dígale a la persona que seleccione que será su agente de atención médica. Hable sobre sus deseos de atención médica y de este formulario con su agente. Asegúrese de entregarle una copia firmada. Su agente no podrá ser demandado por decisiones de atención médica de buena fe.
8. Si usted designó a su cónyuge como su agente de atención médica y luego se divorcian o se separan legalmente, su ex cónyuge no podrá seguir actuando como su agente ante la ley, salvo que usted lo indique de otra manera. Si desea que su ex cónyuge continúe siendo su agente, puede declararlo en su formulario actualizado y fecharlo o completar un nuevo formulario mediante el cual designe a su ex cónyuge.
9. A pesar de haber firmado este formulario, usted tiene derecho a tomar sus decisiones de atención médica siempre que esté en capacidad de hacerlo, y no se le podrá iniciar ni suspender un tratamiento si usted se opone, y su agente no tendrá ningún poder para objetar sus decisiones.
10. Usted puede anular la autoridad que le otorgó a su agente informándole a él o a su proveedor de atención médica de forma verbal o por escrito.
11. La designación de un agente de atención médica es voluntaria. Nadie lo puede obligar a designar a alguna persona.
12. Puede expresar en este formulario sus deseos o instrucciones acerca de la donación de órganos o tejidos.

## Preguntas frecuentes

### **¿Por qué debo elegir a un agente atención médica?**

Si usted ya no tiene la capacidad, incluso temporalmente, de tomar decisiones de atención médica, alguien debe tomar esas decisiones por usted. Los proveedores de atención médica con frecuencia buscan a los miembros de la familia para que los orienten. Los miembros de la familia podrían expresar lo que ellos piensan que serían sus deseos con respecto a un tratamiento en particular. Nombrar a un agente le permite tener el control de su tratamiento médico al:

- permitir que su agente tome decisiones de atención médica en su nombre de la forma en que usted hubiera decidido;
- elegir a una persona para que tome decisiones médicas porque usted considera que esa persona tomaría las mejores decisiones; y
- elegir a una persona para evitar conflictos o confusión entre los miembros de su familia o entre las personas importantes.

También puede nombrar a un agente alternativo para que sustituya a su primera elección si este no puede tomar decisiones en su nombre.

### **¿Quién puede ser un agente de atención médica?**

Cualquier persona que tenga 18 años de edad o más puede ser un agente de atención médica. La persona que nombre como su agente o agente alternativo no puede firmar como testigo en el formulario de Poder de atención médica.

### **¿Cómo puedo nombrar a un agente de atención médica?**

Todos los adultos competentes, que tengan 18 años de edad o más, pueden nombrar a un agente mediante la firma de un formulario llamado Poder de atención médica. No se necesita un abogado o un notario, solamente dos testigos adultos. Su agente no podrá firmar como testigo. Puede usar el formulario impreso aquí, pero no tiene que usar este formulario.

### **¿En qué momento podrá empezar mi agente de atención médica a tomar decisiones de atención médica en mi nombre?**

Su agente de atención médica empezará a tomar decisiones de atención médica después de que su médico determine que usted no tiene la capacidad para tomar sus propias decisiones de atención médica. Siempre que tenga la capacidad de tomar sus decisiones de atención médica por sí mismo, tendrá el derecho de hacerlo.

### **¿Qué decisiones podrá tomar mi agente de atención médica?**

A menos que usted restrinja la autoridad del agente de atención médica, su agente podrá tomar cualquier decisión de atención médica que usted tomaría si tuviera la capacidad para decidir por sí mismo. Su agente puede estar de acuerdo en que usted reciba tratamiento, puede elegir entre varios tratamientos y decidir cuál tratamiento le deben aplicar, de acuerdo con sus deseos e intereses. Sin embargo, su agente solo puede tomar decisiones en cuanto a nutrición e hidratación artificial (alimentación y agua provista mediante una sonda de alimentación o por vía intravenosa) si conoce sus deseos con base en lo que usted dijo o escribió. El formulario de Poder de atención médica no le otorga a su agente la autoridad para tomar decisiones que no sean de atención médica, como decisiones financieras.

### **¿Por qué debo nombrar a un agente de atención médica si soy joven y saludable?**

Nombrar a un agente de atención médica es una buena idea incluso si no es anciano ni tiene una enfermedad terminal. Un agente de atención médica puede actuar en su nombre si usted es temporalmente incapaz de tomar decisiones de atención médica por su cuenta (como podría ocurrir si está bajo los efectos de anestesia general o si está en estado de coma debido a un accidente). Cuando vuelve a tener la capacidad de tomar decisiones de atención médica por sí mismo, su agente de atención médica ya no estará autorizado para actuar.

## Preguntas frecuentes, continuación

### **¿Cómo tomará las decisiones de atención médica mi agente de atención médica?**

Su agente deberá cumplir sus deseos y deberá tener en cuenta sus creencias morales y religiosas. Puede escribir instrucciones en el formulario de Poder de atención médica o simplemente hablarlo con su agente.

### **¿Cómo sabrá mi agente de atención médica cuáles son mis deseos?**

Con una conversación franca y abierta sobre sus deseos con el agente de atención médica usted le dará mejores herramientas para atender sus intereses. Si su agente no conoce cuáles son sus deseos o sus creencias, el agente está obligado legalmente a actuar en su mejor interés. Debido a que esto es una gran responsabilidad para la persona que nombre como su agente de atención médica, debe hablar con esa persona acerca de los tipos de tratamiento que le gustaría o no le gustaría recibir en diferentes tipos de circunstancias, como:

- si le gustaría iniciar/continuar/retirar el soporte vital si está en coma permanente;
- si desea iniciar/continuar/retirar los tratamientos si tiene una enfermedad terminal;
- si desea iniciar/retener o continuar con nutrición e hidratación artificial y bajo qué tipo de circunstancias.

### **¿Puede mi agente de atención médica actuar en contra de mis deseos o en contra de las instrucciones previas de tratamiento?**

No. Su agente está obligado a tomar decisiones basadas en sus deseos. Si usted expresó claramente algún deseo en particular, o bien, otorgó instrucciones específicas para tratamiento, su agente tiene la responsabilidad de cumplir esos deseos o instrucciones a menos que tenga un motivo de buena fe para creer que sus deseos cambiaron o que no aplican a las circunstancias.

### **¿Quién le prestará atención a mi agente?**

Todos los hospitales, hogares de ancianos, médicos y otros proveedores de atención médica están legalmente obligados a proporcionarle a su agente de atención médica la misma información que le daría a usted y a honrar las decisiones de su agente como si fueran las suyas. Si un hospital o un hogar de ancianos se opone a algunas opciones de tratamiento (como retirar cierto tratamiento), ellos deberán indicárselo a usted o a su agente ANTES o al momento de la admisión, si es razonablemente posible.

### **¿Qué sucede si mi agente de atención médica no está disponible cuando se deban tomar las decisiones?**

Usted podrá nombrar a un agente alternativo para que tome decisiones en su nombre si el agente de atención médica no está disponible o no es capaz o no desea actuar cuando se deban tomar decisiones. De lo contrario, los proveedores de atención médica tomarán las decisiones de atención médica por usted, de acuerdo con las instrucciones que les dio mientras aún era capaz de hacerlo. Cualquier instrucción que usted haya indicado por escrito en su Poder de atención médica servirá de guía a los proveedores de atención médica en estas circunstancias.

### **¿Qué sucede si cambio de parecer?**

Es fácil cancelar un Poder de atención médica, cambiar a la persona que eligió como su agente de atención médica o cambiar cualquier instrucción o restricción que haya incluido en el formulario. Simplemente llene un nuevo formulario. Además, puede indicar que su Poder de atención médica expira en una fecha determinada o si ocurre determinado evento. De lo contrario, el Poder de atención médica tendrá validez permanente. Si elige a su cónyuge como su agente de atención médica o como el agente alternativo y usted se divorcia o se separa legalmente, el nombramiento queda automáticamente cancelado. Sin embargo, si desea que su ex cónyuge continúe siendo su agente, puede declararlo en su formulario actualizado y fecharlo o completar un nuevo formulario mediante el cual designe a su ex cónyuge.

## Preguntas frecuentes, continuación

### **¿Puede mi agente de atención médica ser legalmente responsable por las decisiones que tomó en mi nombre?**

No. Su agente de atención médica no podrá ser responsable por las decisiones de atención médica tomadas en su nombre y de buena fe. Además, no será responsable de los costos de su atención, solo porque es su agente.

### **¿Es lo mismo el poder de atención médica que el testamento en vida?**

No. Un documento de instrucciones anticipadas es aquel que proporciona instrucciones específicas sobre decisiones de atención médica. Puede colocar dichas instrucciones en el formulario de Poder de atención médica. El Poder de atención médica le permite elegir a una persona en quien confíe para que tome decisiones de atención médica en su nombre. A diferencia de un testamento en vida, un poder de atención médica no exige que usted conozca con anticipación todas las decisiones que podrían surgir. En vez de eso, su agente de atención médica puede interpretar sus deseos a medida que las circunstancias médicas cambian, y puede tomar decisiones que este no podría haber sabido que tendría que tomar.

### **¿En dónde debo mantener mi formulario de poder de atención médica después de que lo firme?**

Dele una copia a su agente, una a su médico, una a su abogado y otra a cualquier miembro de la familia o amigo cercano a quien desee dársela. Conserve una copia en su billetera o en su bolso o con otros documentos importantes, pero no en un lugar en donde nadie pueda tener acceso, como una caja de seguridad. Lleve una copia si va a ser admitido en el hospital, incluso para una cirugía menor, o si va a someterse a una cirugía como paciente ambulatorio.

### **¿Podría usar el formulario de poder de atención médica para expresar mis deseos sobre donación de órganos o tejidos?**

Sí. Utilice la sección opcional de donación de órganos y tejidos en el formulario de poder de atención médica y asegúrese de que haya dos testigos para esta sección. Podrá especificar qué órganos o tejidos se usarán para trasplantes, investigaciones o fines educativos. Cualquier limitación asociada con sus deseos deberá anotarse en esta sección del poder. **Si incumple con incluir sus deseos e instrucciones en el poder de atención médica no se interpretará como que usted no desea ser un donador de órganos o tejidos.**

### **¿Puede mi agente de atención médica tomar decisiones en mi nombre sobre donación de órganos o tejidos?**

Sí. A partir del 26 de agosto de 2009, su agente de atención médica está autorizado para tomar decisiones después de su fallecimiento, pero solo en lo concerniente a la donación de órganos o tejidos. Su agente de atención médica podrá tomar dichas decisiones según lo establecido en el formulario de poder de atención médica.

### **¿Quiénes pueden dar consentimiento para una donación si yo elijo no indicar cuáles son mis deseos en este momento?**

Es importante informar a su agente de atención médica sobre sus deseos acerca de la donación de órganos y tejidos, a la persona nombrada como su agente después del fallecimiento, si se nombró alguno, y a los miembros de su familia. Las leyes de Nueva York proporcionan una lista de personas que están autorizadas a dar consentimiento sobre la donación de órganos o tejidos en su nombre. Están enumerados en orden de prioridad: su agente de atención médica; el agente de la persona fallecida; su cónyuge, si no está legamente separado, o su pareja doméstica; un hijo o una hija mayor de 18 años; alguno de sus padres; un hermano o hermana mayor de 18 años; un tutor asignado por un tribunal antes de la muerte del donante; u otra persona autorizada para disponer del cuerpo.

# INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO PARA EL PODER DE ATENCIÓN MÉDICA

## Punto (1)

Escriba el nombre, la dirección y el número telefónico de la persona a quien designa como su agente.

## Punto (2)

Si desea designar a un agente alternativo, escriba el nombre, la dirección y el número telefónico de la persona a quien selecciona como su agente alternativo.

## Punto (3)

Su poder de atención médica continuará siendo válido por tiempo indefinido, salvo que usted establezca una fecha de vencimiento o condiciones para su expiración. Esta sección es opcional y únicamente se deberá llenar si desea que su poder de atención médica expire.

## Punto (4)

Si tiene instrucciones especiales para su agente, escríbalas aquí. Asimismo, si desea limitar la autoridad de su agente de alguna manera, puede expresarlo aquí o hablar con su agente de atención médica. Si usted no establece ninguna limitación, su agente estará autorizado para tomar todas las decisiones de atención médica que usted podría haber tomado, incluida la decisión de autorizar o rechazar el tratamiento de soporte vital.

Si desea conceder autoridad plena a su agente, puede hacerlo directamente en el formulario.

Escriba: *Hablé acerca de mis deseos con mi agente de atención médica y mi agente alternativo, de modo que ellos conocen mis deseos, incluidos aquellos relacionados con alimentación e hidratación artificiales.*

Si desea impartir instrucciones más específicas, podría decir:

*Si llego a padecer una enfermedad terminal, deseo/no deseo recibir los siguientes tipos de tratamiento.*

*Si me encuentro en estado de coma o si mi capacidad de comprensión y conciencia es casi nula, sin esperanza de recuperación, deseo/no deseo que me sometan a los siguientes tipos de tratamiento:...*

*Si sufro daño cerebral o padezco una enfermedad cerebral que no me permita reconocer a las personas ni hablar, y no haya esperanza de que mi condición mejore, deseo/*

*no deseo que me sometan a los siguientes tratamientos:...*

*Hablé con mi agente acerca de mis deseos en relación con \_\_\_\_\_ y deseo que mi agente tome todas las decisiones acerca de estas medidas.*

A continuación presentamos una lista de los ejemplos de tratamientos médicos sobre los cuales posiblemente desee dar instrucciones especiales a su agente. Esta no es una lista completa:

- respiración artificial
- hidratación y alimentación artificial (alimento y agua proporcionados mediante una sonda de alimentación)
- resucitación cardiopulmonar (CPR)
- medicamentos antipsicóticos
- terapia de electrochoque
- antibióticos
- procedimientos quirúrgicos
- diálisis
- trasplante
- transfusiones de sangre
- aborto
- esterilización

## Punto (5)

Debe fechar y firmar este formulario de Poder de atención médica. Si no puede hacerlo por usted mismo, puede pedirle a otra persona que lo firme en su presencia. Asegúrese de incluir su dirección.

## Punto (6)

Puede indicar en este formulario sus deseos o instrucciones acerca de la donación de órganos o tejidos. La ley de Nueva York designa a ciertas personas en orden de prioridad para dar el consentimiento sobre la donación de órganos o tejidos en su nombre: su agente de atención médica; el agente de la persona fallecida; su cónyuge, si no está legamente separado, o su pareja doméstica; un hijo o una hija mayor de 18 años; alguno de sus padres; un hermano o hermana mayor de 18 años; o un tutor asignado por un tribunal antes de la muerte del donante.

## Punto (7)

Dos testigos mayores de 18 años deben firmar este formulario de Poder de atención médica. La persona designada como su agente o agente alternativo no puede firmar como testigo.

# PODER DE ATENCIÓN MÉDICA

**(1) Yo,** \_\_\_\_\_  
por este medio nombro a \_\_\_\_\_  
*(nombre, dirección y número telefónico)*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

como mi agente de atención médica para que tome todas las decisiones de mi atención médica, salvo en la medida en que yo lo declare de otra manera. Este poder entrará en vigencia únicamente en el momento en que yo no esté en capacidad de tomar mis propias decisiones de atención médica.

**(2) Opcional: Agente alternativo**

Si la persona designada no puede, no desea o no está disponible para actuar como mi agente de atención médica, por este medio nombro a \_\_\_\_\_  
*(nombre, dirección y número telefónico)*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

como mi agente de atención médica para que tome todas las decisiones de mi atención médica, salvo en la medida en que yo lo declare de otra manera.

**(3)** Salvo que yo lo revoque o establezca una fecha de vencimiento o circunstancias bajo las cuales expirará, este poder permanecerá vigente de manera indefinida. (*Opcional: si desea que este poder venza, indique aquí la fecha o las condiciones*). Este poder vencerá (*especifique la fecha o las condiciones*):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**(4) Opcional:** Ordeno a mi agente de atención médica tomar las decisiones de atención médica de acuerdo con mis deseos y limitaciones, como él conoce o como se indica a continuación. (*Si desea limitar la autoridad de su agente para tomar sus decisiones de atención médica o desea impartir instrucciones específicas, puede indicar aquí sus deseos o limitaciones*). Ordено a mi agente de atención médica tomar mis decisiones de atención médica de acuerdo con las siguientes limitaciones o instrucciones (*adjunte páginas adicionales si es necesario*):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Para que su agente tome decisiones de atención médica por usted acerca de alimentación e hidratación artificiales (*alimentos y agua suministrados por medio de sonda y vía intravenosa*), su agente debe conocer sus deseos de manera razonable. Puede indicar sus deseos a su agente o incluirlos en esta sección. Vea las instrucciones acerca del lenguaje modelo que podría utilizar si decide indicar sus deseos en este formulario, incluidos aquellos relacionados con alimentación e hidratación artificiales.

**(5) Su identificación** (*en letra de molde*)

Su nombre \_\_\_\_\_

Su firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Su dirección \_\_\_\_\_

**(6) Opcional: Donación de órganos o tejidos**

Por medio del presente, realizo una donación anatómica, que se ejecutará en el momento de mi fallecimiento, de:

*(marque la opción que corresponda)*

Cualquier órgano o tejido que se necesite

Los siguientes órganos o tejidos \_\_\_\_\_

Limitaciones \_\_\_\_\_

Si usted no indica sus deseos o instrucciones acerca de la donación de órganos y/o tejidos en este formulario, no se entenderá que usted no desea realizar una donación o que prohíbe a la persona, que de otra manera está autorizada por ley, para que otorgue el consentimiento de una donación en su nombre.

Su firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**(7) Declaración de testigos** (*Los testigos deben tener al menos 18 años y no pueden ser el agente de atención médica ni el agente alternativo*).

Declaro que conozco personalmente a la persona que firmó este documento, quien parece tener lucidez mental y actuar por libre voluntad propia. Él o ella firmó (o le pidió a otra persona que firmara en su nombre) este documento en mi presencia.

**Testigo 1**

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre (*en letra de molde*) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

**Testigo 2**

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre (*en letra de molde*) \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

