



# Sus derechos

como paciente de  
un hospital en el  
New York State



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.

El folleto está dividido en dos secciones:

- La primera sección de este folleto explica los derechos de los pacientes hospitalizados 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.

# Índice

|   |    |
|---|----|
| <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:  |    |
| 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  |
| <br>  |    |
| <b>Reglamentos e información</b> .....  | 12 |
| Declaración de los derechos del paciente .....  | 13 |
| Un mensaje importante sobre sus derechos<br>como paciente hospitalizado (para pacientes que no están 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 .....                                  | 20 |
| Introducción .....  | 20 |
| Pacientes adultos que tienen la capacidad de tomar decisiones informadas .....  | 20 |
| Instrucciones anticipadas/Poder de atención médica.....   | 21 |
| Toma de decisiones de atención médica en hospitales y hogares de ancianos .....   | 21 |
| Decisiones para retener o retirar el tratamiento de soporte vital<br>en hospitales y hogares de ancianos.....                     | 22 |
| Estándares para la toma de decisiones de tutores legales y suplentes.....   | 24 |
| Resolución de controversias en hospitales y hogares de ancianos.....  | 24 |
| Órdenes para no resucitar (DNR) fuera de los hospitales y de los hogares de ancianos .....  | 26 |
| Poder de atención médica.....   | 26 |
| Carta del New York State Department of Health   |    |
| Sistema de recopilación de información (SPARCS) .....   | 34 |
| Información sobre maternidad .....  | 35 |
| Violencia doméstica: Aviso para los pacientes prenatales y de maternidad.....   | 36 |
| Violencia doméstica: Aviso de los derechos de las víctimas .....  | 38 |

# 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).

# Dudas/problemas/quejas acerca de la atención hospitalaria

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 New York State Department of Health.

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

Para preguntas o comentarios escriba un correo electrónico a: [hospinfo@health.ny.gov](mailto:hospinfo@health.ny.gov)

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

**Usted tiene el 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 desee permanecer en el hospital; y
- un número de teléfono especial para que llame si tiene cualquier problema relacionado con su la 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 de 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 al 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 no está satisfecho con la respuesta a su solicitud de apelación, puede comunicarse con el New York State Department of Health al llamar 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 el 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  
Riverview Center  
150 Broadway  
Albany, NY 12204-2719**

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

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 de médicos y clientes nombrados por el Comisionado de Salud.

Consulte la página 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 podría que no aparecieran 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 facture 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 un paciente de Medicare y tiene alguna pregunta sobre la factura de 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 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 a 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 New York State Department of Health. 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.

# Glosario

## **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 médicamente listos, y ven si no se ha elaborado un plan de alta apropiado o si no se establecieron los servicios apropiados.

## **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 a 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.

## **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 del 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 del 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.

## **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 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 23).

## **Grupos con diagnóstico relacionado (DRG)**

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 New York State Department of Health 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).

### **Instrucciones anticipadas**

Las instrucciones anticipadas son instrucciones verbales o escritas que usted hace antes de una enfermedad o lesión discapacitante (consulte la página 18). Las instrucciones anticipadas informan sobre los tratamientos que desea que se sigan si está muy enfermo o discapacitado para tomar sus propias decisiones de cuidado. 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**.

### **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 a donde 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.

### **Mala conducta médica**

Si considera que recibió atención deficiente o bajo el estándar (atención incompetente, negligente o fraudulenta) de parte de un médico o un asistente médico, podría presentar una denuncia ante el New York State Department of Health. 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;
- abandonar o desatender a un paciente con necesidad de atención profesional inmediata.

### **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, a los servicios de atención médica.

## **Medicare**

(Sección XVIII de la Social Security Act):

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.

## **Orden de no resucitación (DNR)**

A su solicitud, se puede incluir una orden DNR en su ficha clínica. Esta instruye al personal médico a 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 a 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 Notarial 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.

## **Plan del 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 elige 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.

## **Quality Improvement Organization (QIO)**

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 IPRO (consulte la página 9).

## **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.

## **Resucitación cardiopulmonar (Cardiopulmonary Resuscitation, CPR)**

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 20).

**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.

**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.

# 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 de los pacientes. . . . .13

Un mensaje importante relacionado con sus derechos como paciente hospitalizado en un hospital (para pacientes que no están cubiertos por Medicare) . . . . .14

Aviso de admisión para los pacientes de Medicare. . . . .16

Mensaje importante de Medicare . . . . .17

## Pautas para decidir acerca de la atención médica: Una guía para los pacientes y para las familias . . . . .20

Nombramiento de su agente de atención médica: New York State's Proxy Law (Ley del Poder notarial del Estado de Nueva York) . . . . .26

Formulario de Health Care Proxy (Poder de Atención médica) . . . . .32

## Recopilación de datos

Carta del New York State Department of Health (explica el sistema de recopilación de información SPARCS). . . . .34

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

Información sobre maternidad. . . . .35

## Violencia doméstica

Aviso para los pacientes prenatales y de maternidad. . . . .36

Aviso de derechos de las víctimas. . . . .38

Declaración de derechos de los padres. . . . .40

## 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 aviso 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 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, nacionalidad de origen, discapacidad, orientación sexual, fuente de pago o edad.
- (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 que participe de su atención y rehusar su tratamiento, exámenes y observaciones.
- (7) Tener una habitación de no fumador.
- (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 "Pautas para decidir acerca de 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) 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 New York State Department of Health. El hospital le debe proporcionar el número de teléfono del New York State Department of Health.
- (18) Autorizar a aquellos miembros de la familia y a otros adultos a los que les dé prioridad a que lo visiten de acuerdo a su capacidad para recibir visitas.
- (19) Tomar sus propias decisiones en cuanto a las donaciones anatómicas. Puede documentar sus deseos en su formulario de representación legal para la atención médica o en una tarjeta de donante, disponibles 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)



# Mensaje importante relacionado con sus derechos como paciente hospitalizado

## Sus derechos como paciente hospitalizado

Tiene derecho a recibir toda la atención hospitalaria que necesita para el tratamiento de su enfermedad o lesión. La fecha de su alta se determinará únicamente según **SUS** necesidades de atención médica, no según la categoría DRG o su seguro.

Tiene derecho a estar completamente informado sobre las decisiones que afectan su atención y la cobertura de su 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 por escrito un AVISO DEL 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 le están pidiendo que salga del 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 necesite 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 (Revisión del alta)

10NYCRR, 405.9 (b) (14) (i) and 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 podría necesitar después del alta. No le podrán dar el alta hasta que los servicios que necesite 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 New York Health Department 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 (Revisión del alta)

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

# Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos

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

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS  
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid  
N.º 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 médicamente 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 ello.
- 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)

**1-800-815-5440**

### Sus derechos de alta de Medicare

**Cómo planificar para 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 necesite 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 negritas) ***Livanta***

---

  
Número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad (QIO) ***1-800-815-5440***

---
  - 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 **después** de 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 antes.
  - 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 papelería 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  
N.º aprobación OMB 0938-0692

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

---

### Llene la notificación

#### 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) del 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.

# Pautas para decidir acerca de la atención médica: Una guía para los pacientes y para las familias

## 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 para 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 sobre el 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 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.

## Los pacientes adultos que tienen capacidad para 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 para 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 a 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 nombrando a alguien de su confianza para que decida acerca de su tratamiento en caso 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:

[http://www.health.ny.gov/professionals/patients/health\\_care\\_proxy/index.htm](http://www.health.ny.gov/professionals/patients/health_care_proxy/index.htm).

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 a 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 a 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 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 podrán 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 algo ocurra que el paciente no haya previsto y la decisión ya no tenga ningún 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. O es la persona registrada como pareja de hecho con un registro que conserva el gobierno o un empleador; o esta persona
- está cubierta como pareja de hecho con los mismos beneficios de empleo o de seguro médico; o esta persona
- comparte la mutua intención de ser pareja de hecho del paciente, tomando en cuenta todos los hechos y las circunstancias, tal como que:
  - 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 unión de hecho formal.
  - Han estado juntos durante largo tiempo.

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

- Un padre, 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 que toman 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 el paciente 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 en 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 informado 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 de por vía intravenosa. Esto significa que el centro 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. El cuidado de confort, también conocido como cuidados paliativos, deberá estar disponible para todos los pacientes que lo 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 un 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. Solamente la edad no determinará si la CPR tendrá éxito. 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 a los deseos del paciente, esto incluye las creencias religiosas y morales del paciente. Si los deseos del paciente no son razonablemente conocidos, el suplente tomará las decisiones de acuerdo a 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 de vida 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;
- O**
- Realizar el tratamiento podría infligir dolor, sufrimiento u otra carga que podría considerarse razonablemente inhumano o extraordinariamente molesto 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 a 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 para 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 de vida 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 al 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 infligir dolor, sufrimiento u otra carga que podría considerarse razonablemente inhumano o extraordinariamente molesto 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. Adicionalmente, la nutrición e hidratación artificiales podrían infligir dolor, sufrimiento u otra carga que podría considerarse razonablemente inhumano o extraordinariamente molesto 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.

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 DNR fuera del hospital o del hogar 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 le 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. Ellos podrán aún llevar al paciente al hospital para que reciba otro tipo de atención necesaria, incluyendo cuidados de confort 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 domiciliar?**

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.

---

# 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 a 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 condición 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 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. Usted no necesita un abogado para llenar este formulario.
6. Puede escoger a un adulto mayor de 18 años para que sea su agente, incluido un familiar o amigo cercano. Si usted selecciona a un médico como su agente, él/ella 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 le puede obligar a designar a alguna persona.
12. Puede expresar en este formulario sus deseos o instrucciones acerca de la donación de órganos y/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 frecuencias 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;
- 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 pueden 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 de atención médica 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 a 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 acerca de 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 alterno para que tome decisiones en su nombre si el agente de atención médica no está disponible, 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 a las instrucciones que le 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 automáticamente queda 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 tomé en mi nombre?**

No. Su agente de atención médica no podrá ser responsable por las decisiones de atención médica tomadas en su nombre, 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 usted conozca con anticipación todas las decisiones que podrían surgir. En su lugar, 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 amigos cercanos a quienes desee darla. Mantenga 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 e 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 y tejidos se usarán para trasplante, investigación 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 solamente en lo concerniente a 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.



# Instrucciones del formulario para el poder de atención médica

## Ítem (1)

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

## Ítem (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.

## Ítem (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.

## Ítem (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 debería haber tomado, incluida la decisión de autorizar o prohibir 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)
- reanimación cardiopulmonar (CPR)
- medicamentos antipsicóticos
- terapia de electrochoque
- antibióticos
- procedimientos quirúrgicos
- diálisis
- trasplante
- transfusiones de sangre
- aborto
- esterilización

## Ítem (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.

## Ítem (6)

Puede indicar en este formulario sus deseos o instrucciones acerca de la donación de órganos y/o tejidos. Las leyes de Nueva York designan a ciertas personas en orden de prioridad para dar el consentimiento sobre la donación de órganos y/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, un tutor asignado por un tribunal antes de la muerte del donante.

## Ítem (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 pueden firmar como testigos.

# 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 medio del presente

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). Ordeno 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 y/o tejido que se necesite

Los siguientes órganos y/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 mínimo 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.

Fecha \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del primer testigo *(en letra de molde)* \_\_\_\_\_ Nombre del segundo testigo *(en letra de molde)* \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Sistema Estatal de Planificación e Investigación Cooperativa ( SPARCS)

Por este medio se notifica a todos los pacientes hospitalizados que el New York State Department of Health ha desarrollado un sistema estatal de información conocido como Statewide Planning and Research Cooperative System (Sistema Estatal de Planificación e Investigación Cooperativa, SPARCS) y que todos los hospitales de cuidados intensivos están obligados a presentar a SPARCS cierta información de facturación y de expedientes médicos de todos los pacientes. La información de SPARCS se usará para realizar estudios financieros, establecer tarifas, revisar la utilización, planificar la salud, para epidemiología y estudios de investigación.

Puede estar seguro de que en este programa:

1. El New York State Department of Health no recibirá el nombre de ningún paciente ni información alguna que pueda identificar al paciente en el sistema SPARCS.
2. Se han establecido reglamentos que protegen la privacidad y la confidencialidad del paciente al restringir el acceso a cualquier información privilegiada en SPARCS y asegurando la revisión de todas las solicitudes mediante una junta de revisión pública independiente.
3. Se han establecido reglamentos que protegen la privacidad y la confidencialidad del paciente restringiendo el acceso a cualquier información privilegiada en SPARCS y asegurando la revisión de todas las solicitudes por medio de un Comité de Gobernanza de la Información (Data Governance Committee).
4. SPARCS no está diseñado para identificar a pacientes específicos; por el contrario, está estructurado para ofrecer información de patrones de enfermedades y costos de atención en hospitales.

Este hospital está obligado a enviar un expediente médico del paciente y la información de la facturación al Department of Health, de acuerdo a la Sección 400.18 del Artículo 1, Subcapítulo A, Capítulo V, Título 10 (Salud) del OFFICIAL COMPILATION OF CODES, RULES AND REGULATIONS OF THE STATE OF NEW YORK (COMPILACIÓN OFICIAL DE CÓDIGOS, REGLAMENTOS Y NORMAS DEL ESTADO DE NUEVA YORK). La privacidad, confidencialidad y seguridad de la información suministrada está protegida de acuerdo a la Sección 400.18 del Artículo 1, Subcapítulo A, Capítulo V, Título 10 (Salud) del OFFICIAL COMPILATION OF CODES, RULES AND REGULATIONS OF THE STATE OF NEW YORK (COMPILACIÓN OFICIAL DE CÓDIGOS, REGLAMENTOS Y NORMAS DEL ESTADO DE NUEVA YORK).

Para obtener información adicional con respecto a 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 y comentarios:  
[sparcs.submissions@health.ny.gov](mailto:sparcs.submissions@health.ny.gov)

Solicitud de información:  
[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 que informa sobre el sistema de recopilación estatal de datos conocido como SPARCS

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

# Información sobre maternidad

Los hospitales (y centros de parto) deben darles a las futuras pacientes de maternidad (al momento de inscribirse) y al público en general, a solicitud, información escrita que incluya las estadísticas específicas de los procedimientos y prácticas de maternidad de cada hospital, la cobertura de seguro y los eventos posparto.

Esta información escrita podrá ayudarle a comprender mejor lo que debe esperar, conocer mejor cuáles son sus opciones de parto, planificar el nacimiento de su bebé y prepararse para la recuperación posparto. También la orientará hacia fuentes adecuadas de información.

- **Estadísticas específicas del hospital** le darán los porcentajes de alumbramientos y el uso de procedimientos especiales durante los partos que ocurren en el hospital de su elección. Además, le informará sobre las prácticas especiales de los hospitales, incluyendo la disponibilidad de salas de parto y alojamiento conjunto. Esta información es importante para la planificación de su experiencia de parto.
- **Cobertura de seguro como paciente hospitalizada** en el Estado de Nueva York se ofrece para una madre y su recién nacido durante por lo menos 48 horas después del parto vaginal y por lo menos 96 horas después de una cesárea. Además, cada hospital deberá proporcionar educación a la paciente, asistencia y capacitación en lactancia materna y alimentación con biberón y sobre cualquier evaluación clínica necesaria para la madre o el recién nacido. Hable con su compañía de seguros para obtener más información sobre la cobertura de maternidad.
- **Puede ocurrir depresión posparto o tristeza posparto** después del parto. Su cuerpo ha sufrido cambios hormonales y físicos que podrían dejarla con sentimientos de tristeza, cambios de humor, enojo, ansiedad y baja autoestima, durante días o semanas después del parto. La tristeza posparto es muy común y se irá con el tiempo. Su médico puede sugerirle algunas formas de ayudarla a sentirse mejor. La depresión maternal es menos común. Los síntomas son graves y pueden incluir sentimientos de desesperanza, mucha ansiedad, problemas alimenticios, sentirse “fuera de control” y pensar en hacerse daño usted o hacerle daño a su bebé. Comuníquese con su médico en relación a estos síntomas, ya que la depresión maternal se puede tratar. Debe comunicarse con su médico inmediatamente si siente que desea hacerse daño o hacerle daño a su bebé.
- **Síndrome del bebé sacudido** se refiere a las lesiones que pueden ser consecuencia de una sacudida violenta al bebé. Los nuevos padres deben estar atentos al peligro de sacudir a su bebé o a un niño pequeño. A menudo, un encargado del cuidado frustrado puede perder el control y sacudir al bebé en un intento de hacer que el bebé deje de llorar. Normalmente, no hay intención de dañar al bebé, solo de hacer que deje de llorar. El estrés de cuidar de un recién nacido puede colocar a cualquier encargado del cuidado, incluso a los padres, en riesgo de sacudir al bebé. Para obtener más información sobre el síndrome del bebé sacudido, visite el sitio web del Department of Health en [www.health.ny.gov/prevention/injury\\_prevention/shaken\\_baby\\_syndrome/](http://www.health.ny.gov/prevention/injury_prevention/shaken_baby_syndrome/)

Los hospitales también deben (i) asegurarse de que haya clases de educación del parto disponibles para todas las madres inscritas; (2) distribuir literatura educativa con respecto a las pruebas de detección del recién nacido; (3) proporcionar a las mujeres con reservación previa una descripción escrita de las opciones disponibles para los servicios de trabajo de parto, alumbramiento y parto.

Public Health Law 2803-j Folleto de información para pacientes de maternidad  
10NYCRR, 405.21 (c), 405.21 (c) (8)

# Aviso para pacientes prenatales y de maternidad

Este aviso contiene información valiosa si usted es víctima de violencia doméstica. Si es víctima de violencia doméstica deberá pedir hablar con alguien acerca de su situación y esta información se la deben dar de forma privada y confidencial. Sus derechos como paciente podrían ser infringidos si el personal del hospital le pregunta si es víctima de violencia doméstica en frente de cualquier pareja que lo acompañe o de algún miembro de la familia.

## ¿Están seguros usted y su bebé?

Usted podría no estarlo si hay violencia doméstica en su vida. A continuación hay algunas preguntas que le ayudarán a saber si está siendo víctima de abuso:

### ¿La lastima su pareja con palabras?

¿La insulta y la hace sentir que no vale nada?

### ¿La hace de menos frente a otras personas?

¿La lastima físicamente?

¿La empuja, la abofetea, le pega, le da puñetazos, la pateo, la ahorca o la maltrata?

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

¿Está él a cargo de todo?

¿Le dice él a quién debe o no debe ver o con quién debe o no hablar?

¿Tiene él el control del dinero de la familia?

### ¿Está atemorizada de él?

¿Pierde él los estribos, es muy celoso o rompe cosas?

¿La amenaza con herirla a usted, a sus hijos, a las mascotas o a él mismo?

Las víctimas de abuso doméstico no siempre reciben lesiones físicas. Si respondió que “Sí” a cualquiera de las preguntas anteriores, podría ser víctima de abuso. Usted o sus hijos podrían estar en peligro.

**No está sola.**

**No tiene la culpa.**

**No merece que abusen de usted.**

¿Sabía usted que la violencia doméstica algunas veces inicia o empeora durante el embarazo?

Y usted no es la única que resulta lastimada:

- Una mujer que es víctima de abuso durante el embarazo tiene más probabilidades de sufrir un aborto, infecciones, sangrado, anemia y otros problemas de salud. Esto puede afectar tanto a la madre como a su bebé.
- Tiene el doble de probabilidades de tener un bebé con bajo peso.
- La mayoría de los hombres que le pegan a su pareja también le pegan a sus hijos. Algunos incluso abusan sexualmente de los niños.
- Los niños con padres que les pegan a sus madres pueden padecer de problemas de salud, problemas de sueño, ira, culpa, miedo y ansiedad.
- Cada año, más de 1,000 niños en los EE. UU. mueren a consecuencia de lesiones ocasionadas por sus padres, tutores u otras personas.



## **Usted y su bebé no merecen que se les trate de esta forma.**

## **Usted tiene derecho a estar segura.**

## **La ayuda está disponible.**

¿Qué tipo de ayuda necesita? Los servicios siguientes están disponibles en la mayoría de las comunidades. Todo lo que usted diga será confidencial.

- Línea directa de ayuda: un consejero hablará con usted por teléfono y le dará información, o simplemente escuchará. Además, le dirá a qué lugares cercanos a usted puede ir o llamar para obtener más ayuda, si lo desea. A continuación encontrará los números de teléfono de las líneas directas de ayuda.
- Grupos de apoyo: puede hablar con otras mujeres que han experimentado lo mismo que usted (un grupo de apoyo). Esto podría ayudarla a sentirse menos sola y usted puede compartir ideas e información sobre la seguridad.
- Servicios para niños: muchos programas tienen servicios de terapia y apoyo para niños que los ayuda a comprender lo que está sucediendo. Les da la oportunidad de hablar sobre sus sentimientos.
- Servicios de defensoría y otros servicios de apoyo: alguien la puede ayudar a moverse dentro del “sistema”. Esta persona es un defensor contra la violencia doméstica. Los servicios de defensoría a menudo incluyen ayuda para buscar asesoría legal, terapia, atención médica, vivienda, un empleo y servicios sociales.

- Policía y los tribunales: la policía puede ayudar de muchas maneras, como llevándola a usted y a sus hijos a un lugar seguro en una emergencia. Los tribunales de familia y los tribunales penales pueden ayudarla emitiendo órdenes de protección o decidiendo sobre la custodia, las visitas y el sustento de menores.
- Refugios: la mayoría de los condados tiene refugios y hogares seguros en donde usted y sus hijos se pueden quedar. Los refugios pueden ayudarla a obtener muchos de los servicios que se indican a continuación.

Usted es importante.

Ninguna mujer merece ser víctima de abuso.

Nadie “lo pidió”, y nadie debe vivir con miedo. Sus hijos merecen estar seguros y que usted esté segura.

## **Usted no está sola.**

## **La ayuda está disponible.**

### **New York State Hotlines (Línea directa de ayuda del Estado de Nueva York)**

Adult Domestic Violence

(Violencia doméstica de adultos):

(24 horas, 7 días a la semana)

inglés 1-800-942-6906

español 1-800-942-6908

National Committee to Prevent Child Abuse

(Comité nacional para la prevención del abuso infantil):

1-800-342-7472

Línea directa de información de prevención  
y para padres

Office of Children & Family Services

(Oficina de Servicios infantiles y familiares)

1-800-342-3720

Para denunciar abuso infantil

Public Health Law 2803-p Divulgación de información relacionada con la violencia familiar

# Violencia doméstica

## Aviso de los derechos de la víctima

El aviso de los derechos de la víctima fue elaborado para informarles a las víctimas de la violencia doméstica sobre sus derechos legales y las soluciones disponibles según la ley. Si usted es víctima de violencia doméstica se le recomienda que solicite hablar en privado con un trabajador social o con alguien que la pueda ayudar. Debe entrevistarse en privado, fuera de la vista y de los oídos de cualquier persona que la acompañe. Sus derechos como paciente podrían ser infringidos si el personal del hospital le pregunta si es víctima de violencia doméstica en frente de cualquier pareja que la acompañe o de algún miembro de la familia.

### Si usted es víctima de violencia doméstica:

#### La policía puede ayudarla a:

- llegar a un lugar seguro lejos de la violencia.
- obtener información sobre cómo puede un tribunal ayudarla a protegerse de la violencia.
- obtener atención médica por lesiones que usted o sus hijos pudieran tener;
- obtener las pertenencias necesarias de su hogar para usted y sus hijos;
- obtener copias de las denuncias policíacas sobre violencia;
- presentar una denuncia ante el tribunal penal e indicarle en dónde están ubicados los tribunales locales penales y de familia.

#### Los tribunales la pueden ayudar:

- Si la persona que le hizo daño o la amenazó es un miembro de la familia o alguien con quien usted tuvo un hijo, entonces tiene derecho a llevar el caso ante el tribunal penal, el tribunal de familia o ambos.

- Si usted o la persona que abusa de usted no tienen ningún parentesco, no han estado casados y no tienen ningún hijo en común, entonces el caso deberá presentarse solamente ante un tribunal penal.
- Los formularios que necesite están disponibles en el tribunal de familia y en el tribunal penal.
- Los tribunales podrán decidir si otorgan una orden de protección temporal para usted, sus hijos y cualquier testigo que pueda solicitarla.
- El tribunal de familia podría nombrar a un abogado para que la ayude en el tribunal si se determina que usted no puede pagarlo.
- El tribunal de familia podría emitir una orden de sustento de menores temporal y la custodia temporal de sus hijos.

La Ley del Estado de Nueva York establece que: “Si usted es la víctima de violencia doméstica, puede solicitar que el oficial le ayude a proporcionarle la seguridad de usted y de su hijo, incluso proporcionar información sobre cómo obtener una orden de protección temporal. Usted puede solicitar que el oficial le ayude a obtener sus efectos personales esenciales y que le ubique, le lleve o le ayude a hacer los arreglos necesarios para que usted y sus hijos permanezcan en un lugar seguro dentro de la jurisdicción del dicho oficial, incluyendo, entre otros, un programa para víctimas de violencia doméstica, una residencia de un miembro de la familia o de un amigo, o un lugar con seguridad similar. Cuando la jurisdicción del oficial abarque más de un solo condado, podría pedirle al oficial que la lleve o haga arreglos para llevarla a usted o a sus hijos a un lugar seguro dentro del condado en donde ocurrió el incidente. Si usted o sus hijos necesitan tratamiento médico, tiene derecho a solicitarle al oficial que la ayude a obtener dicho tratamiento médico.”



Puede solicitar una copia de cualquier denuncia del incidente, sin costo alguno, en la agencia de cumplimiento de la ley”.

“Tiene derecho a buscar el abogado que usted elija y si procede en el tribunal de familia y se determina que usted no puede pagar un abogado, se le nombrará uno para representarla, sin costo para usted. Puede solicitar al fiscal de distrito o a un oficial del orden público que presente una demanda penal. También tiene derecho a presentar una petición ante el tribunal de familia cuando se haya cometido un agravio de familia en su contra. Usted tiene derecho a que se presente su petición y solicitud para una orden de protección en el mismo día en que se presenta en el tribunal, y dicha solicitud debe ser atendida el mismo día o al siguiente día en que el tribunal esté en sesión. Cualquiera de los tribunales puede emitir una orden de protección por conducta que constituye un agravio a la familia que puede incluir, entre otras disposiciones, una orden para que el acusado se mantenga alejado de usted y de sus hijos. El tribunal de familia también puede ordenar el pago de manutención infantil temporal y otorgarle la custodia temporal de sus hijos. Si el tribunal de familia no está en sesión, puede buscar ayuda 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 o en el tribunal penal local. Se pueden obtener los recursos disponibles en esta comunidad para la información relacionada con la violencia doméstica, tratamiento de lesiones y lugares de seguridad y refugios llamando a los siguientes números sin cargo o números 800. Es un delito presentar una demanda penal o una petición en un tribunal de familia que contenga acusaciones que son intencionalmente falsas”

**Obtenga ayuda, ahora  
Busque su seguridad  
Permanezca seguro**

Llame al:

1-800-942-6906 (inglés)  
(24 horas)

o

1-800-942-6908 (español)

o llame al programa local  
Domestic Violence Program (Programa para  
víctimas 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 a lo siguiente:

- 1) Informar al hospital el nombre del médico de cabecera 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 médico de cabecera 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 médico de cabecera 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



Department  
of Health





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