

---

# Sus derechos



# Contenido

- Sobre sus derechos** ..... 2
- Sobre sus necesidades especiales ..... 2
- Inquietudes/problemas/quejas sobre su atención hospitalaria ..... 3
- Si usted considera que le solicitan salir del hospital demasiado pronto ..... 4
- Tiene derecho a presentar una queja sobre:
  - Médicos o auxiliares médicos ..... 5
  - Otros profesionales médicos ..... 5
- Preguntas o quejas sobre la factura del hospital o seguro médico ..... 6
- Acceso a sus registros médicos ..... 6

3(.....1b..q0f04...1b..q0f04594MqD34...1b..25004...1b..q0f049.SD0874oD.gCustgarDij-8EYdeTjEMcTC0

# Sobre sus derechos

---

**Como paciente en un hospital del estado de Nueva York, usted tiene ciertos derechos y protecciones garantizadas por las leyes y reglamentos estatales y federales.** Estas leyes y reglamentos ayudan a garantizar la calidad y seguridad de su atención hospitalaria. Para ayudarle a entender sus derechos, el Departamento de Salud del Estado de Nueva York creó este folleto.

**Conserve este folleto como referencia.**

Revíselo cuidadosamente y comparta la información con los familiares y amigos que estén involucrados en su atención.

Usted tiene derecho a participar en decisiones sobre su atención médica y comprender lo que se le dice sobre su atención y tratamiento. Por ejemplo, usted tiene derecho a una explicación clara de las pruebas, tratamientos y medicamentos recetados. No dude en hacerle preguntas a su médico, enfermera o a los integrantes del personal del hospital. **Usted tiene derecho a saber qué está pasando.**

**Cada paciente es único, cada**

**hospitalización es diferente.** Es

importante saber qué derechos específicos le corresponden a usted y qué debe hacer si siente que necesita ayuda. Algunos derechos y protecciones, como por ejemplo aquellos que rigen cuando usted deja el hospital, dependen de sus necesidades y de lo que desea en su atención. Usted puede obtener más información llamando al 1-800-342-3732 o visitando el sitio web [www.ny.gov](http://www.ny.gov).

Si tiene preguntas sobre sus derechos, llame al 1-800-342-3732 o visite [www.ny.gov](http://www.ny.gov).

Página 1 de 1

# **Inquietudes/problemas/quejas sobre su atención hospitalaria**

# Si usted considera que le solicitan salir del hospital demasiado pronto. . .

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

- sobre cuándo tiene que salir del hospital
- si usted considera que le solicitan salir del hospital demasiado pronto;
- si usted considera que no le han proporcionado planes adecuados o apropiados para su atención médica y otros servicios que pudiera necesitar después que sale del hospital; o
- si los servicios necesarios no están disponibles.

La ley requiere que se le envíe con anticipación una notificación **por escrito** que diga:

- la fecha en que el médico y/o el hospital piensan darle el alta;
- cómo apelar si desea permanecer en el hospital; y
- un número especial para llamar si tiene cualquier problema relacionado con salir del hospital.

Vea la página 14 para más información.

---

## Para ayuda/asistencia

Hay un agente de revisión profesional independiente (IPRA, por sus siglas en inglés) para su zona y su cobertura de seguro. Si necesita ayuda/asistencia del IPRA, el hospital le proporcionará un número de teléfono/ persona de contacto. Vea las páginas 9 y 15 para más información.

---

## Para pacientes de Medicare solamente

Si usted considera que le solicitan salir del hospital demasiado pronto y no ha recibido una notificación con anticipación que le indica cuándo salir del hospital, pida su notificación de alta (también llamada notificación del hospital de no cobertura [HINN]). Si está en una organización para el mantenimiento de la salud (HMO, por sus siglas en inglés), solicite una notificación de alta y derecho de apelación de Medicare (NODMAR, por sus siglas en inglés). Debe tener esta notificación de alta escrita para poder apelar la decisión del médico y del hospital sobre cuándo debe salir del hospital. Vea un “Mensaje importante de Medicare” en la página 17 para una explicación completa.

---

## Para pacientes de atención médica administrada

Si usted es un paciente inscrito en un HMO o plan de atención médica administrada, primero solicite/presente una apelación acelerada al HMO o al comité de revisión de utilización si usted cree que se han limitado o denegado sus beneficios injustamente, o le solicitan salir del hospital demasiado pronto, o se han excluido de su cobertura servicios médicamente necesarios de modo inapropiado. Si no está satisfecho con el resultado de su solicitud de apelación, puede comunicarse con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York llamando al: **1-800-352-5252** (el Dep525na notificación d3n, pns

# Usted tiene el derecho de presentar una queja sobre

- **Los médicos y auxiliares médicos**

Si considera que ha recibido atención incompetente, negligente o fraudulenta de un médico o auxiliar de médico, puede presentar un informe ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, Oficina de Conducta Médica Profesional (OPMC, por sus siglas en inglés). La OPMC investiga todos los informes de una posible falta de ética profesional por parte de los médicos o auxiliares médicos. Los informes deben incluir el nombre completo y la dirección del médico o de los auxiliares médicos y toda la información pertinente. Los informes deben presentarse por escrito a:

**New York State Department of Health  
Office of Professional Medical Conduct  
Hedley Park Place, Suite 303  
433 River Street  
Troy, New York 12180-2299**

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

Los informes serán confidenciales. La investigación puede conducir a una audiencia formal ante un comité del Consejo para la Conducta Médica Profesional. El Consejo consiste de médicos y miembros de cooperativas de consumo designados por el Comisionado de Salud.

Vea la página 10 del glosario para ejemplos de “falta de ética profesional” por parte de un médico o auxiliar médico.

- **Otros profesionales de la salud**

Si usted considera que recibió atención incompetente, negligente o fraudulenta de otros profesionales de la salud diplomados, como por ejemplo enfermeras, dentistas, trabajadores sociales, optometristas, psicólogos, terapeutas físicos o ocupacionales y podólogos, posible falta de Sm.1cos o mon

# Preguntas o quejas sobre su factura del hospital o seguro médico

- Como paciente del hospital, usted tiene derecho a recibir una factura desglosada
- La factura del hospital identificará un cargo llamado "recargo". Estos recargos financian programas públicos importantes para la vejez



---

---



# Acceso a sus registros médicos

**La ley del estado de Nueva York exige a todos los profesionales y establecimientos médicos otorgarles a los pacientes acceso a sus propios registros médicos.** La sección 18 de la ley de salud pública incluye procedimientos para que estos registros estén disponibles y establece las condiciones bajo las cuales un proveedor puede denegar el acceso. Los pacientes pueden solicitar la información, por escrito, como también pueden solicitarla los padres o tutores que han autorizado la atención de niños.

Si quiere **ver** sus registros médicos, pregunte a su médico y/o director de registros médicos del hospital. La ley del estado de Nueva York garantiza que usted tenga la oportunidad de inspeccionar sus registros médicos dentro de los 10 días de la presentación de una solicitud escrita.

Si quiere **una copia** de sus registros médicos, puede presentar una solicitud escrita al

hospital. Dirija su solicitud al Director de Registros Médicos del hospital. Si usted solicita una copia de sus registros, el hospital podrá cobrarle hasta 75 centavos por página.

Si el hospital **no reconoce** su solicitud o no toma medida alguna con respecto a la misma, usted puede presentar una queja al Departamento de Salud. Si el hospital no reconoce su solicitud, puede presentar una queja.

# Glosario

**Agencia de revisión profesional independiente (IPRO, por sus siglas en inglés):**

Esta es la organización de mejoramiento de calidad contratada por el gobierno federal y

fraudulenta) de parte de un médico o auxiliar médico, puede presentar un informe al Departamento de Salud del Estado de Nueva York. La ley exige a los médicos y otros profesionales médicos informar sobre cualquier caso de posible falta de ética médica.

Algunos ejemplos de falta de ética médica son:

- practicar la profesión de manera fraudulenta o con incompetencia o negligencia grave;
- practicar bajo la influencia del alcohol, drogas, discapacidad física o discapacidad mental;
- estar condenado por un delito;
- rehusarse a proporcionar servicios médicos debido a la raza, credo, color o lugar de origen;
- garantizar que se logrará una cura como resultado de los servicios médicos;
- no suministrar al paciente u otro médico, previa solicitud escrita del paciente, copias de las radiografías o registros médicos;
- hacer o presentar deliberadamente un informe falso, o dejar de presentar un informe requerido por ley o induciendo a otra persona a hacerlo;
- acosar, abusar o intimidar deliberadamente a un paciente;
- ordenar pruebas o tratamientos excesivos;
- promover la venta de servicios, bienes, aparatos o medicamentos de una manera que explote al paciente;
- abandonar o descuidar a un paciente que está recibiendo o necesita atención profesional inmediata.

**Formulario de poder legal para la**

**atención médica: in a C / Cpers 63 nsu confianza, / P / MCID ejempl / for famili (in 1 migo cercano / P**

**Notificación de alta:**

Una notificación de alta del estado de Nueva York debe incluir información sobre la fecha de alta y cómo presentar una apelación si usted no está de acuerdo con la notificación. Se debe proporcionar una notificación de alta a todos los pacientes (salvo pacientes de Medicare que reciben una copia de “Mensaje importante de Medicare”) **por escrito** 24 horas antes de que salgan del hospital. **Los pacientes de Medicare deben solicitar una notificación de alta por escrito (también llamada Notificación emitida por el hospital de no cobertura o HINN, por sus siglas en inglés) si no están de acuerdo con el alta.** Si así lo solicitaran, se les debe suministrar una notificación. Cuando se entregue la notificación y el paciente de Medicare no esté de acuerdo con esta, se puede presentar una apelación.

**Orden de no reanimar (DNR):**

Si usted así lo desea se puede incluir una DNR en su planilla médica. Esta orden indica al personal médico que no trate de revivirlo si se detiene su respiración o latido cardíaco. Esto significa que sus médicos, enfermeras y otros profesionales médicos no iniciarán procedimientos de emergencia como por ejemplo reanimación boca a boca, compresión externa del pecho, shock eléctrico, inserción de un tubo para abrir sus vías respiratorias, inyección de un medicamento en su corazón o pecho abierto. En virtud de la ley del estado de Nueva York, todos los pacientes adultos pueden solicitar una DNR verbalmente o por escrito si hay dos testigos presentes. Además, la ley que rige los poderes legales para la atención médica le permite designar a otra persona para que tome decisiones sobre no reanimar y otros tratamientos si usted queda incapacitado para hacerlo.

**Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO):**

Las QIO son las agencias responsables de evaluar la atención hospitalaria que se suministra a las personas que reúnen los requisitos para Medicare. En el estado de Nueva York, la QIO es IPRO (vea la página 9).

**Plan de alta:**

Todos los pacientes (inclusive los pacientes de Medicare) en los hospitales del estado de Nueva York deben recibir **un plan de alta por escrito** antes salir del hospital. El plan debe describir los arreglos para cualquier servicio de atención médica que pudiera necesitar después que deja el hospital. **Los arreglos para los servicios necesarios que se describen en este plan deben estar confirmados o razonablemente disponibles antes de que usted deje el hospital.**

**Planificación de alta:**

La planificación de alta es el proceso mediante el cual el personal del hospital trabaja con usted y su familia o una persona que lo representa para preparar y hacer los arreglos necesarios para su atención una vez que usted deja el hospital. Esta atención puede ser autoatención, atención por parte de sus familiares, atención médica domiciliaria o admisión a otro establecimiento médico. La planificación de alta incluye evaluar e identificar cuáles serán sus necesidades cuándo deja el hospital y la planificación de los cuidados apropiados para responder a esas necesidades cuando sea dado de alta. **Se le debe suministrar un plan por escrito antes de que deje el hospital.** La planificación de alta por lo general involucra al paciente, sus familiares o la persona designada para representarlo, su médico y un integrante del personal del hospital. Algunos hospitales tienen empleados con el título de “planificadores de alta”. En otros hospitales, una enfermera o trabajadora social puede ayudar con la planificación de alta.

**Reanimación cardiopulmonar (CPR):**

La CPR es un procedimiento médico que se utiliza para reactivar el corazón y los pulmones de un paciente cuando se detiene su respiración o circulación (vea la página 20).

**Representante de atención al paciente:**

El representante de atención al paciente es un integrante del personal hospitalario

que actúa como enlace entre el paciente, la familia, los médicos y otros integrantes del personal hospitalario. El representante de atención al paciente debe estar disponible para contestar preguntas sobre los procedimientos hospitalarios, ayudar con necesidades especiales o inquietudes y ayudar a resolver problemas. El representante de atención al paciente está familiarizado con todos los servicios del hospital y le proporcionará asistencia. Los servicios que presta el representante de atención al paciente son sin cargo.

**Revisión de utilización:**

La revisión de utilización es el proceso mediante el cual se evalúa la necesidad, la idoneidad y la eficacia de la atención. Este proceso lo realiza un comité de revisión de utilización del hospital (UR), una organización para el mejoramiento de la calidad (QIO) (vea QIO), una agencia pública (departamento de salud, por ejemplo) o una organización independiente.

**Testamento vital (Living Will):**

Un testamento vital es un documento escrito que expresa por anticipado sus instrucciones y preferencias específicas

# Reglamentos e información

Esta sección presenta cada documento que la ley exige que usted reciba como paciente hospitalizado en un hospital del estado de Nueva York.

## Derechos de los pacientes

Declaración de derechos de los pacientes. . . . . 13

Un mensaje importante sobre sus derechos como paciente hospitalizado  
(para pacientes no cubiertos por Medicare) . . . . . 14

Notificación de admisión para pacientes de Medicare . . . . . 16

Mensaje importante de Medicare . . . . . 17

## Cómo decidir sobre su atención médica: Guía para pacientes y familias. . . . . 19

Cómo designar a su apoderado para la atención médica. Ley de poderes legales  
para la atención médica del estado de Nueva York . . . . . 25

Poder legal para la atención médica. . . . . 31

## Compilación de datos

Carta del Departamento de Salud del Estado de Nueva York  
(explica el sistema de compilación de datos SPARCS). . . . . 33

## Información que debe proporcionarse en la fecha de preadmisión si es una paciente de maternidad:

Información de maternidad. . . . . 34

## Violencia Doméstica

Notificación para pacientes prenatales y de maternidad . . . . . 35

Notificación de los derechos de las víctimas . . . . . 37

## Información que debe proporcionarse antes de que salga del hospital:

- **Todos** los pacientes deben recibir un plan de alta escrito.
- **Los pacientes de Medicare** reciben una copia del “Mensaje importante de Medicare” y pueden solicitar una notificación de alta llamada Notificación emitida por el hospital de no cobertura.
- **Todos** los demás pacientes deben recibir una notificación de alta del hospital.

**Si tiene dificultad para entender algo o tiene cualquier pregunta sobre estos documentos, pídale una explicación al personal del hospital. Es su derecho.**

# Declaración de derechos de los pacientes

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

- (1) Comprender y utilizar estos derechos. Si por alguna razón, usted no entiende o necesita ayuda, el hospital DEBE ayudarlo, e incluso brindarle los servicios de un intérprete.
- (2) Recibir tratamiento sin discriminación de raza, color, religión, sexo, origen, discapacidad, orientación sexual, fuente de pago o edad.
- (3) Recibir atención considerada y respetuosa en un ambiente limpio y seguro sin que haya limitaciones innecesarias.
- (4) Recibir atención médica de emergencia si la necesita.
- (5) Que se le informe el nombre y el cargo del doctor que lo va a atender en el hospital.
- (6)

# Mensaje importante sobre sus derechos como paciente hospitalizado

---

## Sus derechos mientras es paciente del hospital

Usted tiene el derecho a recibir toda la atención hospitalaria que necesita para el tratamiento de su afección o lesión. Su fecha de alta se determinará únicamente por **SUS** necesidades de atención médica, no por su categoría DRG o su seguro.

Usted tiene derecho a estar plenamente informado sobre las decisiones que afectan su atención y su cobertura de seguro. **HAGA PREGUNTAS.** Usted tiene derecho a designar a un representante para que actúe en su representación.

Usted tiene derecho a saber sobre su afección médica. Hable con su médico sobre su afección y sus necesidades de atención médica. Si tiene preguntas o inquietudes sobre los servicios hospitalarios, el alta o su plan de alta, consulte con su médico o un representante de atención al cliente (como por ejemplo una enfermera, trabajadora social o planificador de alta).

Antes de ser dado de alta debe recibir una NOTIFICACIÓN DE ALTA y un PLAN DE ALTA escrito. Usted y/o su representante tienen el derecho a estar involucrados en la planificación de su alta.

Usted tiene derecho a apelar el plan de alta escrito o la notificación que recibe del hospital.



---

## **Derechos de los pacientes\***

En el momento del alta también le tendrán que proporcionar una declaración de sus derechos adicionales como paciente.

---

## **Para asistencia/ayuda**

El agente de revisión profesional independiente (IPRA) para su zona y su cobertura de seguro:

le será proporcionado por el hospital

\*Esta información se incluye ahora en este folleto.

Los pacientes serán notificados sobre sus derechos con respecto a la admisión y el alta. Los pacientes de Medicare recibirán una “Notificación de admisión para pacientes de Medicare”, y todos los demás pacientes recibirán: “Un mensaje importante sobre sus derechos como paciente hospitalizado”.

Public Health Law 2803 (1) (g) Discharge Review

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

Los pacientes (o sus representantes personales designados) recibirán una notificación de alta escrita y una copia de un plan de alta. Los pacientes (o sus representantes) deben tener la oportunidad de firmar los documentos y recibir una copia de los documentos firmados.

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

# Notificación de admisión para los pacientes de Medicare

## **Usted tiene los siguientes derechos bajo la ley del estado de Nueva York:**

Antes de que le den de alta, debe recibir un plan de alta escrito. Usted y/o su representante tienen el derecho a estar involucrados en la planificación de su alta.

El plan de alta escrito debe describir los arreglos para cualquier atención médica futura que usted pudiera necesitar después del alta. No podrá dársele de alta hasta que los servicios que se indican en su plan de alta escrito hayan sido confirmados o el hospital haya determinado que están razonablemente disponibles.

Si no está de acuerdo con el plan de alta o considera que los servicios no están razonablemente disponibles, puede llamar al Departamento de Salud del Estado de Nueva York e investigar su queja y la seguridad de su alta. El hospital debe suministrarle el número de teléfono del Departamento de Salud estatal si usted lo solicitara.

Para información importante sobre sus derechos como paciente de Medicare, vea “Mensaje importante de Medicare,” en la siguiente página.

Los pacientes serán notificados sobre sus derechos con respecto a la admisión y el alta. Los pacientes de Medicare recibirán una “Notificación de admisión para los pacientes de Medicare”, y los demás pacientes recibirán “Un mensaje importante sobre sus derechos como paciente hospitalizado”

Public Health Law 2803 (1) (g) Discharge Review

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





---

---

---

## Directivas anticipadas/Poderes legales para la atención médica

### ¿Qué es una directiva anticipada (advance directive)?

Las directivas anticipadas son instrucciones escritas sobre la atención médica que hacen los pacientes adultos antes de perder la capacidad para tomar decisiones. En el estado de Nueva York, la mejor manera de proteger sus preferencias en cuanto al tratamiento e inquietudes médicas es designar a una persona de confianza para que decida por usted en caso de que quede incapacitado para tomar decisiones. Al llenar un formulario llamado poder legal para la atención médica, esta persona se convierte en su “apoderado para la atención médica”.

Antes de designar a un apoderado para la atención médica, asegúrese de que esta persona está dispuesta a actuar como su apoderado. Discuta con su apoderado qué tipos de tratamiento quiere y no quiere en caso de estar hospitalizado y tener una enfermedad o lesión que pone en peligro su vida. Es importante que su apoderado para la atención médica conozca sus deseos con respecto a la administración artificial de nutrición e hidratación (alimentos a través de una sonda o por vía intravenosa). Puede obtener más información sobre poderes legales para la atención médica en: [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 dejan por escrito instrucciones y preferencias específicas sobre tratamientos médicos. Se puede incluir una declaración escrita en el poder legal para la atención médica, o puede hacerse en un documento separado. Algunas personas denominan testamento vital (living will) a este tipo de directivas anticipadas.

### ¿De qué manera los apoderados para la atención médica toman decisiones conforme a un poder legal para la atención médica?

Los apoderados para la atención médica toman decisiones como si fueran el paciente. El apoderado para la atención médica toma decisiones médicas conforme a los deseos del paciente, inclusive puede dar su consentimiento para rechazar o retirar el tratamiento para la prolongación de la vida. Si no se conocen de manera razonable los deseos del paciente, los apoderados para la atención médica deben tomar la decisión que mejor responda a las necesidades del paciente.

**¿Puede un apoderado para la atención médica dar su consentimiento para rechazar o retirar la administración artificial de nutrición o hidratación (a través de una sonda o por vía de insensibilización para repoder legal par**

**10(d)10(e)10(e)10(n)10**

---

### **¿Qué es una lista de sustitutos?**

A continuación sigue la lista de sustitutos. La persona con la más alta prioridad aparece al comienzo de la lista. La persona con la más baja prioridad aparece al final de la lista.

- El cónyuge (si no está legalmente separado del paciente) o la pareja de hecho;
- Un hijo o una hija de 18 años de edad o más;
- El padre y/o madre;
- Un hermano o hermana de 18 años de edad o más
- Un amigo(a) cercano(a).

### **¿Qué es la “pareja de hecho”?**

L1000C010009310003E10009310003E10006 Td0055EjEMC /LI\_Tit09310j/C0\_0 1 Tf-1.143 -1.476 Td598C08nv.f-00085100

---

**¿Qué quiere decir rechazar o retirar un tratamiento para la prolongación de la vida?**

Rechazar un tratamiento para la prolongación de la vida es la decisión de negarse a la prestación de un tratamiento antes de que se realice. Retirar un tratamiento para la prolongación de la vida es la decisión de rechazar un tratamiento que ya se ha iniciado. Todo paciente adulto tiene el derecho de rehusarse a recibir medicamentos y tratamientos después de ser informado (y entender) las

E QalnpQ407deRatmpicpéatnieiun



---

## **Est ndares sobre toma de decisiones para los tutores legales y sustitutos en hospitales y hogares geri tricos y de convalecencia**

### **¿De qué manera toman decisiones sobre la atención médica los sustitutos, inclusive los tutores legales?**

El sustituto debe tomar decisiones de atención médica conforme a los deseos del paciente, teniendo en cuenta las creencias religiosas y morales del paciente. Si no se conocen razonablemente los deseos del paciente, el sustituto debe tomar la decisión que mejor responda a las necesidades del paciente. Para determinar qué es lo mejor para el paciente, el sustituto debe tener en cuenta: la dignidad e individualidad de cada persona; la posibilidad de preservar la vida del paciente y preservar y mejorar la salud del paciente; el alivio del sufrimiento del paciente; y cualquier otra inquietud y valor que a una persona en las circunstancias del paciente le gustaría tener en cuenta. En todos los casos, lo que importa son los deseos y preferencias del **paciente**, no los del sustituto. Las decisiones de atención médica se deben hacer sobre una base individual para cada paciente. Las decisiones deben ser consistentes con los valores del paciente, así como sus creencias religiosas y morales.

### **¿Los sustitutos siempre tienen autoridad para dar su consentimiento sobre los tratamientos necesarios?**

Sí.

### **¿Los sustitutos siempre tienen autoridad para tomar decisiones sobre rechaz/T1C00C000(a)10(n)10(c)10(i)10(a)10gutoridad para**

---

## Resolución de disputas en hospitales y hogares geriátricos y de convalecencia

**¿Qué sucede si dos o más personas ocupan el lugar de más alta prioridad y no se ponen de acuerdo? Por ejemplo, ¿qué sucede si los hijos adultos ocupan el lugar de más alta prioridad y no se ponen de acuerdo?**

En este caso, el hospital o personal del hogar geriátrico y de convalecencia pueden tratar de resolver la disputa por medios informales. Por ejemplo, más médicos, trabajadores sociales o eclesiásticos podrían discutir la decisión. Asimismo, todo hospital y hogar geriátrico y de convalecencia deben tener un comité de revisión ética. El caso puede ser referido al comité de revisión ética para asesoramiento, una recomendación y asistencia para resolver la disputa. El hospital u hogar geriátrico o de convalecencia debe respetar la decisión del sustituto basada en los deseos del paciente, si éstos se conocen. Si no se conocen razonablemente los deseos del paciente, el hospital o el hogar geriátrico y de convalecencia debe tomar la decisión que mejor responda a las necesidades del paciente.

**¿Qué sucede si una persona relacionada con el caso no está de acuerdo con la decisión que toma el sustituto con respecto al tratamiento? Este puede ser el paciente, un trabajador de la atención médica que atiende al paciente en el hospital o el hogar geriátrico y de convalecencia o alguien con menor prioridad en la lista de sustitutos.**

El hospital o personal del hogar geriátrico y de convalecencia pueden tratar de

**¿Qué sucede si el hospital o el hogar geriátrico y de convalecencia tienen una política basada en creencias religiosas o morales que impiden que el establecimiento honre la decisión de atención médica?**

Siempre que sea posible, el establecimiento debe informar a los pacientes o miembros de la familia con respecto a esta política antes o en la fecha de admisión. Cuando se toma la decisión, el establecimiento debe cooperar para transferir el paciente a otro establecimiento que sea razonablemente accesible y esté dispuesto a honrar la decisión. Mientras tanto, el establecimiento debe honrar la decisión, salvo que el tribunal falle en contra. Si la decisión se opone a las creencias religiosas o morales de un profesional de la salud, el paciente debe ser prontamente colocado bajo la atención de otro profesional de la salud.

---

**Órdenes de no reanimar (DNR) fuera del hospital u hogar geriátrico y de convalecencia**

**Si un paciente no está en un hospital u hogar geriátrico y de convalecencia, ¿cómo puede el paciente obtener una orden de no reanimar (DNR) o una orden de no intubación (DNI)?**

El médico del paciente puede escribir una DNR en un formulario estándar aprobado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York DOH-3474 (Orden de no reanimar fuera del hospital). Un médico también puede firmar una DNI fuera del hospital además de una DNR usando el formulario DOH-5003 llamado

MOLST (Ordenes médicas para tratamientos de prolongación de la vida). Los servicios de atención médica de emergencia (EMS, por sus siglas en inglés), las agencias de atención médica domiciliaria y los establecimientos para enfermos terminales deben honrar estas órdenes.

Si un paciente está en su casa con una orden de n

---

---

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

1. Este formulario le brinda a la persona que usted elige como su apoderado la autoridad de tomar en su nombre todas las decisiones sobre su atención médica, incluyendo la decisión de interrumpir o proporcionar tratamiento para la prolongación de la vida, salvo que usted indique lo contrario en este formulario. "Atención médica" significa cualquier tratamiento, servicio o procedimiento para diagnosticar o tratar su estado físico o mental.
2. A menos que su apoderado conozca razonablemente sus deseos sobre la administración artificial de nutrición e hidratación (alimentos y agua mediante una sonda o por vía intravenosa), él o ella no podrá rehusarse o aceptar estas medidas para usted.
3. Su apoderado comenzará a tomar decisiones en su nombre cuando su médico determine que usted está incapacitado para tomar decisiones por sí mismo sobre el cuidado de su salud.
4. Usted puede escribir en este formulario ejemplos de los tipos de tratamiento que no desea y/o aquellos tratamientos que quiere estar seguro de recibir. Las instrucciones se pueden usar para limitar el poder de toma de decisiones de su apoderado. Su apoderado debe seguir sus instrucciones cuando toma decisiones por usted.
5. Usted no necesita un abogado para llenar este formulario.
6. Usted puede elegir a cualquier adulto (18 años de edad o más), inclusive un miembro de su familia o amigo cercano, para que sea su apoderado. Si usted elige a un médico como su apoderado, él o ella tendrá que elegir entre actuar como su apoderado o como su médico de cabecera porque un médico no puede cumplir ambas funciones a la vez. Además, si usted es paciente o residente de un hospital, hogar geriátrico o de convalecencia o centro de higiene mental, existen restricciones especiales sobre designar como su apoderado a una persona que trabaje para ese centro. Pídale a un miembro del personal del centro que le explique estas restricciones.
7. Antes de designar a una persona como su apoderado para la atención médica, discútalos con él o ella para estar seguro de que él o ella está dispuesto a actuar como su apoderado. Dígale a la persona que elija, que él o ella será su apoderado para la atención médica. Hable con su apoderado sobre sus preferencias para la atención médica y sobre este formulario. Asegúrese de darle a él o ella una copia firmada. Su apoderado no podrá ser demandado por las decisiones que tome de buena fe con respecto a su atención médica.
8. Si usted designa a su cónyuge como su apoderado para la atención médica y luego se divorcia o separa legalmente, según las leyes, su ex cónyuge no podrá seguir siendo su apoderado, salvo que usted estipule lo contrario. Si usted quiere que su ex cónyuge siga siendo su apoderado, puede indicarlo en el formulario actual y fecharlo, o llenar un nuevo formulario designando a su ex cónyuge.
9. Aunque haya firmado este formulario, usted tiene derecho a seguir tomando decisiones sobre su atención médica mientras pueda hacerlo, y no se le podrá administrar ni interrumpir un tratamiento si usted se opone, ni su apoderado tendrá poder de objetar.
10. Usted puede cancelar la autoridad que le otorga a su apoderado comunicándoselo verbalmente o por escrito a él o ella o a su proveedor de cuidados para la salud.
11. Designar a un apoderado para la atención médica es voluntario. Nadie puede obligarlo a designar a un apoderado.
12. Usted puede expresar sus deseos o instrucciones sobre la donación de órganos y/o tejidos en este formulario.

# P

---

## **¿Por qué debo tener un apoderado para la atención médica?**

Si usted queda incapacitado, aunque sea temporalmente, para tomar decisiones sobre su atención médica, alguien debe decidir por usted. Los proveedores de cuidados para la salud generalmente recurren a la familia para tratar de conocer las preferencias del paciente. Sus familiares pueden expresar lo que creen que serían sus deseos con respecto a un tratamiento en particular. Sin embargo, en el estado de Nueva York, solamente un apoderado para la atención médica que usted designe tiene la facultad legal de tomar decisiones sobre tratamientos si usted no puede

a q(c)10((d )2060(n)10(c)10(i)10810((dd )20(d)10(e a un tr10(oS0(s)10(e)10(o)10()10el estado de NuevCdo de NuevCdo

a10(c)10(10(i905NuevCd)10mi[(a q(4do93do69do8Ddo9CdoC0do69doC3doC)do60do69do56do88doC3do88do9Cdo98

P... , *continúa*

decisión que mejor responda a sus necesidades. En vista de que esto es una gran responsabilidad para la persona que usted designa como su apoderado para la atención médeen

**¿Dónde debo guardar el formulario de poder legal para la atención médica después que esté firmado?**

Dele una copia a su apoderado, a su médico, a su abogado y a cualquier miembro de su familia o amigo cercano que usted desee. Guarde una copia en su billetera o cartera, o con otros documentos importantes, pero no en un lugar al que nadie pueda tener acceso, como una caja de seguridad. Traiga una copia si es admitido al hospital, incluso para una cirugía menor, o en caso de una cirugía ambulatoria.

**¿Puedo usar el formulario de poder legal para la atención médica para expresar mis deseos sobre la donación de órganos y/o tejidos?**

Sí. Use la sección optativa sobre donación de órganos y tejidos en el formulario de poder legal para la atención médica y asegúrese de que al llenar esta sección de datos haya dos testigos presentes. Usted puede especificar que sus órganos y/o tejidos se utilicen para trasplantes, investigación o fines educativos. Toda limitación relacionada con sus deseos debe indicarse en esta sección del poder. Se ed c , e de e e , cc e e e f , a de de, e a a.a a a e c d ca e, dec, e ed e.e ace, a d ac de , a \ / e d .

**¿Puede mi apoderado para la atención médica tomar decisiones en mi nombre sobre la donación de órganos y/o tejidos?**

Sí. A partir del 26 de agosto de 2009, su apoderado para la atención médica puede tomar decisiones después de su muerte, pero solo con respecto a la donación de órganos y/o tejidos. Su apoderado para la atención médica debe tomar las decisiones que se indican en el formulario de poder legal para la atención médica.

**¿Quién puede aprobar una donación si yo decido no estipular mis deseos en este momento?**

Es importante que su apoderado para la atención médica, el apoderado de su caudal hereditario o sus restos, si es que lo hay, y sus familiares conozcan sus deseos sobre la donación de órganos y/o tejidos. Según la ley de Nueva York hay ciertos individuos autorizados para aprobar en su nombre la donación de órganos y/o tejidos. Se enumeran en orden de prioridad: su apoderado para la atención médica, el apoderado de su caudal hereditario o sus restos, su cónyuge, si no está legalmente separado, o su pareja de hecho, un hijo o hija de 18 años de edad o más, su padre o madre, un hermano o hermana de 18 años de edad o más, un tutor designado por el tribunal antes del fallecimiento del donante.





---

---

---

---

---

---

---

---

---

**(5) Su identificación** (*e. c. íbabe. a. de i. e. a.*)

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

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

Su dirección \_\_\_\_\_

**(6) Optativo: Donación de órganos y/o tejidos**

Por el presente, deseo realizar una donación anatómica en la eventualidad de mi muerte:  
(marque todas las opciones que correspondan)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# Información de maternidad

Los hospitales (y centros de maternidad)



# Notificación para las pacientes prenatales y de maternidad

Esta notificación contiene información que le será de utilidad si es víctima de violencia doméstica. Si usted es víctima de violencia doméstica debe solicitar hablar con una persona sobre su situación y recibir información de una manera confidencial y privada. Sus derechos como paciente serán violados si el personal del hospital le pregunta frente a su compañero(a) o un miembro de su familia si usted es víctima de violencia doméstica.

## ¿Está segura usted y su bebé ?

Quizás no lo estén si existe violencia doméstica en su vida. He aquí algunas preguntas para ayudarle a saber si usted está siendo abusada:

### ¿Su compañero(a) la lastima verbalmente?

¿La insulta y la hace sentir inservible?

### ¿La humilla frente a otras personas?

¿Le hace daño físicamente?

¿La empuja, le da cachetadas, le pega, le da puñetazos, la pateo, la estrangula o la golpea?

¿Le obliga a actos sexuales que usted no quiere o la lastima durante el sexo?

¿Está en control de todo?

¿Le dice a quién puede ver o con quién puede hablar?

¿Controla todo el dinero de la familia?

### ¿La atemoriza?

¿Se enoja con facilidad, se pone muy celoso o rompe cosas?

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

Las víctimas de la violencia doméstica no siempre sufren heridas físicas. Si usted respondió que "sí" a algunas de las preguntas previas, es posible que sea víctima de abuso. Usted o sus hijos podrían estar en peligro.

**Usted no está sola.**

**Usted no tiene la culpa.**

**Usted no se merece el abuso.**

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

Y usted no es la única que sufre el daño:

•

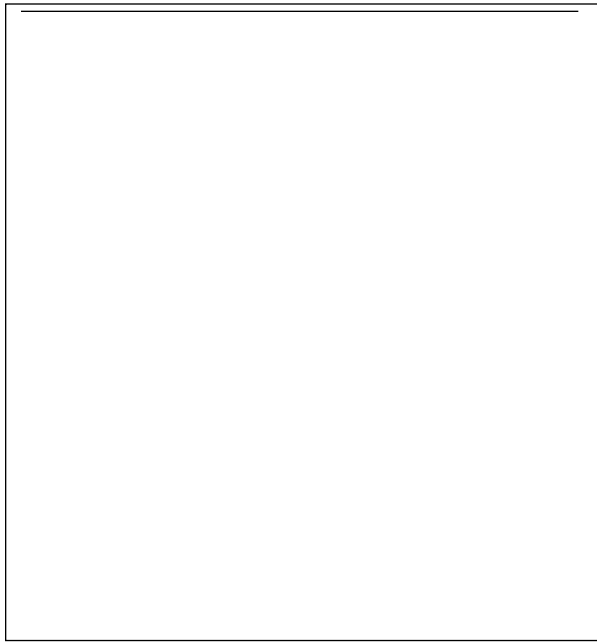
**Usted y su bebé no se merecen ser tratados de esta manera.**

**Usted tiene derecho a estar segura.**

**Hay ayuda disponible.**

¿Qué tipo de ayuda necesita? Los servicios que se enumeran a continuación están disponibles en la mayoría de las comunidades. Todo lo que diga es confidencial.

- **Teléfonos de información:** un asesor hablará con usted por teléfono y le brindará información, o simplemente la escuchará. Él o ella también le informará sobre lugares cercanos a los que puede llamar o acudir para solicitar ayuda, si así lo desea. **Algunos números de teléfono de información:**





Puede solicitar una copia gratuita de cualquier informe de un incidente a la agencia del orden público”.

“Usted tiene derecho a elegir un abogado por su cuenta y si la demanda continúa en el tribunal de familia y se determina que usted no puede pagar el costo de un abogado, se le deberá asignar uno que lo represente sin costo alguno para usted. Usted puede pedirle al abogado de distrito o a un funcionario del orden público que presente una demanda penal. También tiene derecho a presentar una petición en el tribunal de familia cuando se haya cometido una ofensa familiar contra usted. Usted tiene derecho a que se registre









