



Brigham and Women's Hospital
Founding Member, Mass General Brigham



Mass General Brigham
Brigham and Women's Faulkner Hospital

Patient and Family Guide to Advance Directives

Information on Health Care Proxies and Living Wills



Mass General Brigham

Introduction

Advances in modern medical care have not only saved lives, but have also improved the quality of life for many people. However, sometimes these advances may not be helpful, or the burdens of treatment may outweigh any potential benefits that might be gained. Thoughtful decision making is needed when considering the many options available to you. The best medical decisions for you involve both expert advice from doctors, nurses and other clinicians, as well as your personal beliefs and values. Communicating those beliefs and values in a situation when you cannot do that for yourself is the purpose of advance care directives - health care proxies and living wills. This brochure provides you with more information about these important documents.

Important Phone Numbers

BWH Main Number	617-732-5500
Care Coordination	617-732-6469
Admitting Office	617-732-7450

Information About Health Care Proxy and Living Will Declaration

Brigham and Women's Hospital recognizes the right of individuals to make decisions about their treatment. The Brigham and Women's Hospital offers every patient a chance to fill out a health care proxy and living will form during their stay. These forms can help insure that your wishes are carried out in the event that you are unable to make or communicate those decisions for yourself. We also provide assistance to patients and families who wish to discuss treatment options at the end of life. Patients and families have told us they have appreciated this opportunity.

There are two forms that insure that your wishes can be carried out if you become unable to make decisions. Ideally, you should complete both forms.

- 1) One is a legal document called a **Health Care Proxy**. In Massachusetts, a Health Care Proxy allows you to appoint someone you trust to make health care decisions for you if you become unable to make or communicate those decisions for yourself. You may complete this document if you are 18 years of age or older.
- 2) The second is a **Living Will Declaration**. This is a written advance directive that allows you to specify your preferences regarding the type of medical care you would want if you become terminally ill or you are not expected to recover from physical or mental disability or disease. It may give general guidelines, such as requesting no life-support if you are terminally ill or specific instructions, such as no breathing tubes. Massachusetts does not have a "living will law" as some states, so a living will may only provide guidance for your agent and health care team under certain circumstances. If you only choose to complete one form, the Health Care Proxy should be chosen.

If you already have a Health Care Proxy or another form of advance directive, make sure to provide copies of these documents to your health care providers. If you do not have these forms completed, we recommend that you do so and discuss your wishes with your doctor and your proxy. You may also wish to appoint an alternate should the first person you choose be unavailable. Be assured that if you choose not to fill out one or both of these forms, BWH's staff is committed to providing all appropriate medical care, pain relief and comfort.

You may revoke or change these documents at any time by filling out another form. We recommend that you talk with your doctor and your health care proxies to be sure they are aware of any changes you want to make. The hospital shall keep these documents in your medical record for future reference.

If you have any questions about any of these documents, bring them to the attention of your doctor or nurse. You can also obtain assistance with these documents from the staff in the Care Coordination Department at 617-732-6469.

Questions and Answers

Why is a Health Care Proxy Necessary?

Health care delivery today is in part directed by choices and values you make as a patient. When you are not able to speak for yourself, your voice in the conversation must be preserved. Appointing a health care proxy (known as your "healthcare agent" under Mass law) to speak for you is the best way to assure that your wishes for treatment choices are maintained.

Who can be a Health Care Proxy?

Your health care proxy should be someone you trust, who knows you well enough to know what treatment decisions you would make for yourself, such as a spouse, family member or friend. You should discuss your wishes with your proxy in advance. (The only restriction is that your proxy cannot be an employee of the health care facility where you are a patient unless that person is a relative.)

What authority does a Health Care Proxy have?

Your health care proxy may act for you only if your doctor determines that you are unable to make or communicate your own health care decisions. Subject to any limitations that you may put in your health care proxy form, your proxy can make any and all health care decisions that you could make. Your agent should make those decisions based on his/her understanding of your wishes (or, if your wishes are not known, on his/her assessment of your best interests.)

When should I complete a Health Care Proxy form?

The best time to think about your wishes and choose a health care proxy is before you become ill, when you can carefully consider your choices. If you have not completed a Health Care Proxy form and you become unable to make or communicate your health care decisions, your family may be asked to make those decisions for you. If you have no family, or if there is disagreement about what treatment you would want, a court may be asked to appoint a guardian to make those decisions on your behalf.

How do I complete a Health Care Proxy?

The process consists of three simple steps:

1. Choose a trusted person to be your proxy.
 2. Talk to him or her about your health care wishes.
 3. Fill out a health care proxy form and give copies to all of your health care providers.
- In completing the form, name the agent you have chosen and have two witnesses sign the form. Anyone may serve as a witness except your health care proxy. You do not need a lawyer to complete the form.

What should I discuss with my Health Care Proxy?

The decisions your health care proxy would want your guidance in making are ones that involve use of resuscitation (CPR), long-term dependence on technology, such as a ventilator (breathing machine), or permanent tubes for feeding, particularly if there is little or no expectation of your recovery.

What do I do with the Health Care Proxy once it is completed?

Make copies of the completed form and give them to your health care proxy, your physician and other health care providers, as well as others who may be involved in making medical decisions for you if you become unable to make those decisions. This may include family members, your clergy or your lawyer. The original document should be kept with your other important papers.

What if I change my mind?

If you decide that you do not want a health care proxy or would like someone else to be your proxy, you may revoke the proxy form by destroying it, signing a new one and notifying all those who have copies. You may also notify orally any health care provider of your decision to revoke your proxy. If your proxy is your spouse and you become legally separated or divorced, your proxy will be automatically revoked unless you indicate otherwise.

How can I get more information?

Additional information can be obtained from the Care Coordination Department at (617) 732-6469, Health Care Proxy forms are available through the Admitting Office at Brigham & Women's Hospital, telephone number (617) 732-7455 or the Care Coordination Department.

Instructions

Please sign the Health Care Proxy form in the presence of two witnesses (persons 18 years of age or older who are not designated as your agent). You do not need a lawyer to fill out these forms. You should keep the original documents with your important, personal papers. Make copies of the form for your doctor, your proxy, and any other close family members or friends as needed.



75 Francis Street, Boston, Massachusetts 02115

HEALTH CARE PROXY

I, _____, residing at _____, appoint _____, residing at _____, telephone _____, as my health care agent with the authority to make all health care decisions on my behalf. This authority becomes effective if my attending physician determines in writing that I lack the capacity to make or communicate health care decisions myself. My health care agent shall have the same authority as I would to make these decisions. EXCEPT (LIST THE LIMITATIONS IF ANY, YOU WISH TO PLACE ON THIS AUTHORITY):

I direct my health care agent to make decisions based on his/her assessment of my personal wishes, including those expressed in the living will declaration I have signed. Should my wishes be unknown, my agent shall make decisions based on his/her assessment of my best interests. Photocopies of this proxy form shall have the same force and effect as the original.

If the person I have named is unavailable, unwilling or not competent to serve, I designate the following person as my alternate:

NAME: _____ ADDRESS: _____
TELEPHONE: _____

Note: Generally, you may not choose as your health care agent an employee or member of the medical staff of Brigham and Women's Hospital, unless you are related to that person by blood, marriage or adoption.

Patient's Signature

Date

WITNESS STATEMENT

This form requires two witnesses 18 years of age or older:

We, the undersigned witnesses, each declare that we have witnessed the signing of this document and that the person appears to be at least 18 years of age, of sound mind and under no constraints or undue influence. **Neither of us is named as the health care agent or alternate.**

Witness One:

Witness Two:

Name (print) _____

Name (print) _____

Address: _____

Address: _____

Date: _____

Date: _____

(signed)

(signed)



Founding Member, Mass General Brigham

75 Francis Street, Boston, Massachusetts 02115

LIVING WILL DECLARATION**To My Family, Doctors, and All those Concerned with My Care:**

I, _____, residing at _____, make this statement to express my wishes regarding the withholding or withdrawal of life support should a time come when, as determined by my doctor, I am unable to participate in decisions regarding my health care.

Should a time come when there is no expectation of my recovery from physical or mental disability or disease, I direct that I be allowed to die with dignity, and that my doctor withhold or withdraw treatment that merely prolongs life and is unlikely to offer a cure or remission of the disease. I direct that my treatment be limited to measures that will keep me comfortable and relieve pain.

These directions are made after careful consideration and in accordance with my strong convictions and beliefs. I expect my family, doctor, and others concerned with my care to abide by my wishes and in doing so, to be free of any legal or moral liability.

Additional

Instructions/ comments: _____

Signature: _____

Date: _____

Guía para el Paciente y la Familia sobre el Mandato de Cuidado Directo

Información de Cuidado Médico por Poder y Declaración en Vida

Introducción

Los adelantos en el cuidado médico moderno no solamente han salvado vidas, sino que también han mejorado la calidad de vida de muchas personas. Sin embargo, hay veces que estos adelantos no ayudan o que la carga del tratamiento sobrepasa cualquier beneficio que pueda obtenerse. Es necesaria una decisión bien calculada cuando se consideran las muchas opciones a su disposición. Para que usted pueda hacer las mejores decisiones médicas, además de considerar sus valores y creencias, debe obtener consejos de médicos, enfermeras, y otros expertos en el área. El objetivo del mandato de cuidado directo es el dar a conocer esas creencias y valores cuando no se está en condición de comunicarlas por medio del Cuidado Médico por Poder o Autoridad Substituta, y Declaración en Vida de Mi Voluntad. Este folleto le provee más información sobre estos importantes documentos.

Números Importantes

BWH número central	617-732-5500
Coordinación del cuidado	617-732-6469
Oficina de Admisiones	617-732-7450

Información de Cuidado Médico Por Poder o Autoridad Substituta y Declaración en Vida de Mi Autoridad

El Hospital Brigham and Women's reconoce los derechos de individuos para tomar decisiones sobre sus tratamientos. Durante su estadía en el hospital, Brigham and Women's ofrece a cada paciente la oportunidad de llenar un formulario llamado Cuidado Médico por Poder o Autoridad Substituta y otro llamado Declaración en Vida de Mi Voluntad. Estos formularios ayudan a que sus deseos se lleven a cabo, en caso de que usted no pueda comunicar o tomar decisiones por su cuenta. También le ofrecemos asistencia a pacientes y familiares que deseen discutir las opciones para tratamientos en los últimos días de vida. Muchos pacientes y familiares nos han expresado su agradecimiento por esta oportunidad.

Hay dos formularios que aseguran que sus deseos se lleven a cabo si usted no puede tomar decisiones. Es ideal que llene los dos formularios.

- 1) El primero, es un documento legal llamado: **Información de Cuidado Médico Por Poder o Autoridad Substituta**. En Massachusetts, este documento le permite asignar a alguien de su confianza para tomar decisiones concerniente a su salud cuando usted no pueda comunicar estas decisiones por cuenta propia. Usted puede completar este documento si tiene 18 años o más.
- 2) El segundo es: **Declaración en Vida de mi Voluntad**. Este es un avance directo que le permite especificar su preferencias concerniente al tipo de tratamiento médico que usted desea en caso de que usted tenga una enfermedad que pueda causar la muerte o que no hayan esperanzas de recuperación física o habilidad mental. Este documento, sirve de guía así como: si usted desea o no desea que se tomen medidas para prolongar su vida, si tiene una enfermedad terminante. También usted puede dar instrucciones específicas; si desea o no tubos respiratorios. El estado de Massachusetts no tiene una "Ley de Voluntad de Vida" como otros estados. Así es que una declaración de vida solamente puede servir de guía para su agente y equipo médico en algunas circunstancias. Si usted solamente desea llenar un formulario, debe escoger el llamado Información de Cuidado Médico Por Poder o Autoridad Substituta.

Si usted ya ha completado el formulario de Información de Cuidado Médico Por Poder o Autoridad Substituta u otro formulario de avance directo, asegurese de dar copias de estos formularios a sus proveedores de salud. Si usted no ha llenado estos formularios, le recomendamos que usted converse sus deseos con su doctor y su substituto. A lo mejor usted también desea escoger un substituto en caso de que la primera persona escogida no este disponible. Puede estar dedicados de que si usted no ha llenado ninguno de estos formularios, los empleados de BWH están dedicados en brindarle: tratamiento médico apropiado, alivio de dolor y comodidad.

Usted puede rechazar o cambiar estos documentos cuando lo desee, llenando otro formulario. Le recomendamos que usted hable con su médico y su substituto para mantenerlos al tanto de los cambios. El hospital puede quedarse con estos documentos en su registro médico para futuras referencias.

Si en cualquier momento usted tiene preguntas concerniente a estos documentos, puede recibir la asistencia del departamento de Coordinación de Servicio de Salud marcando el (617) 732-6469.

Preguntas y Respuestas

¿Cuál es la necesidad de Cuidado Médico por Poder o Autoridad Substituta?

Hoy en día, el cuidado médico es dirigido por las opciones y los valores que usted tenga o tome como paciente. Cuando usted no pueda hablar por usted mismo, su intención debe ser preservada. Asignando un sustituto (conocido bajo la ley de Massachusetts como "agente de cuidado médico") que hable de su parte, es la mejor manera de asegurar que sus deseos para tratamiento sean cumplidos.

¿Quién puede servir como sustituto?

Su sustituto debe de ser una persona de confianza que lo conozca suficientemente para saber que decisiones de tratamiento usted escogería así como su esposa/o, un miembro de la familia o un amigo. Usted debe comunicar sus deseos con su sustituto con anticipación. (La única restricción es que su sustituto no debe ser empleado o miembro del personal del Hospital Brigham and Women's, a menos que tenga algún parentesco sanguíneo, matrimonial o adoptivo con la persona).

¿Qué autoridad tiene el Cuidado Médico por Poder o Autoridad Substituta?

Si su doctor determina que usted no está capacitado para comunicar decisiones acerca de su salud, su agente de cuidado médico puede actuar por usted. Sujeto/a a las limitaciones que usted mencione en su formulario de Autoridad Substituta, su sustituto puede tomar las decisiones que usted no pueda hacer. Su agente debe tomar las decisiones basándose en un entendimiento de los deseos que usted le haya expresado(si sus deseos no son conocidos, debe asesorarse sobre sus mejores intereses).

¿Cuándo debo llenar un formulario de Cuidado Médico por Poder o Autoridad Substituta?

El mejor momento para pensar en sus deseos, escoger un sustituto y cuidadosamente considerar opciones, es antes de enfermarse. Si usted no ha llenado el formulario de Cuidado Médico por Poder o Autoridad Substituta y usted no está capacitado/a para tomar decisiones, su familia se considerará para tomar decisiones por usted. Si no tiene familia o hay desacuerdos concerniente al tratamiento médico, el tribunal puede asignar a una persona para tomar decisiones en su lugar.

¿Cómo lleno un formulario de Cuidado Médico por Poder o Autoridad Substituta?

El proceso consiste de los siguientes pasos:

1. Escoger una persona como sustituto/a.
2. Hablar con esa persona de sus deseos concerniente a tratamiento médico
3. Llenar el formulario de Cuidado Médico por Poder y hacer copias para todos sus proveedores de salud.

Al completar este formulario usted habrá escogido su agente(sustituto). Escoja dos testigos para firmarlo. Cualquier persona puede servir de testigo, excepto su agente(sustituto). Para completar este formulario no necesita un abogado.

¿Qué debo discutir con mi agente o sustituto?

Las decisiones como prolongación de vida, resucitación, y larga dependencia de aparatos tecnológicos: ej. ventiladores (para mantenerlo respirando) o tubos permanentes para nutrirlo, especialmente si hay o no pocas esperanzas de recuperación, pueden guiar a su sustituto.

¿Qué puedo hacer cuando haya completado el formulario de Cuidado Médico por Poder o Autoridad Substituta?

Después de haber completado su formulario, haga copias y entréguelas al sustituto, su doctor y todos los demás involucrados en su salud incluyendo aquellos que pueden tomar decisiones por usted. Pueden ser familiares, miembros del clero (ministro, cura) o su abogado. El documento original debe permanecer con sus otros documentos importantes.

¿Qué pasa si cambio de idea?

Si usted decide que no desea el formulario de Cuidado Médico por Poder o Autoridad Substituta o que quiere cambiar de sustituto, solamente debe destruirlo, avisar a los que obtuvieron copias y llenar otro si así lo desea. También puede cancelarlo oralmente con cualquier proveedor de la salud. Si el sustituto es su esposo y está legalmente separado o divorciado, éste queda automáticamente revocado.

¿Cómo puedo obtener más información?

Usted puede obtener más información llamando al departamento de Coordinación de Servicio de Salud al (617) 732-6469. Estos formularios están disponibles en el departamento de Admisiones del Hospital Brigham and Women's, su número de teléfono es (617) 732-7455, también en el departamento de Coordinación de Servicios de Salud.

Instrucciones

Favor de firmar el Cuidado Médico por Poder o Autoridad Substituta en presencia de dos testigos (de 18 años o mayores que no sean designados como agente). Usted no necesita abogado para llenar estos formularios. Debe mantener el original con sus otros documentos personales. Haga copias para su médico, sustituto, y cualquier miembro de la familia o amigos.


Brigham and Women's Hospital

Founding Member, Mass General Brigham

75 Francis Street, Boston, Massachusetts 02115

**Cuidado Médico Por Poder o Autoridad Substituta
(Health Care Proxy)**

Yo, _____, residente de, _____, nombro a _____, residente de, _____ y cuyo teléfono es _____, como mi agente en el cuidado de mi salud, con autoridad para tomar todas las decisiones de dicho cuidado en representación mía. Esta autoridad entrará en vigor si el doctor a cargo de mi cuidado médico determina por escrito que no estoy capacitado/a para tomar o comunicar por mi propia cuenta decisiones acerca de mi cuidado médico. El agente encargado del cuidado de mi salud tendrá la misma autoridad que yo tendría para tomar estas decisiones, con las siguientes

EXCEPCIONES (ESPECIFIQUE LAS LIMITACIONES QUE USTED DESEE ESTIPULAR SOBRE ESTA AUTORIDAD, SI HUBIESE ALGUNA):

Dispongo que el agente encargado del cuidado de mi salud tome las decisiones en base a su evaluación de mis deseos personales, incluyendo aquellos expresados en cualquier declaración de mi voluntad firmada por mí en vida. Si mis deseos fueran desconocidos, mi agente tomará las decisiones en base a su evaluación de lo que constituya mi mejor interés. Las fotocopias de esta carta poder tendrán el mismo valor y efecto que el original.

Si la persona que he nombrado no estuviera disponible, no estuviera dispuesta, o fuera incompetente para desempeñarse como el agente encargado de mis asuntos de salud, nombro a la siguiente persona como reemplazo:

Nombre: _____ Dirección: _____
Teléfono: _____

Nota: Por lo general, usted no puede designar como el agente encargado de asuntos de su salud a ningún empleado o miembro del personal médico del Hospital Brigham and Women's, a menos que tenga algún parentesco sanguíneo, matrimonial o adoptivo con tal persona.

Firma de Paciente _____

Fecha _____

Declaración de Testigo

Este formulario requiere dos testigos de 18 años de edad o mayores:

Nosotros, los testigos firmantes, declaramos ambos que hemos sido testigos de la firma de este documento y que el firmante parece tener por lo menos 18 años de edad, dispone de todas sus facultades mentales y no obra bajo ningún apremio o influencia indebida. **Ninguno de nosotros/as ha sido nombrado/a como agente de cuidado de salud o como reemplazo del mismo.**

Primer Testigo:

Segundo Testigo:

Nombre (en letra de molde)

Nombre (en letra de molde)

Dirección _____

Dirección _____

Fecha _____

Fecha _____

(Firma) _____

(Firma) _____



**Declaración en Vida de Mi Voluntad
(Living Will Declaration)**

A mi Familia, a Los Doctores y a Todos Aquellos Involucrados en el Cuidado de mi Salud:

Yo, _____, residente de _____, hago esta declaración para expresar mi voluntad de que no se usen o de que se retiren los sistemas auxiliares de vida si llega a suceder que, según lo determinado por mi doctor, yo quede incapacitado para participar en el proceso de decisiones acerca del cuidado de mi salud.

Si dejara de haber esperanza para mi recuperación de una incapacidad o enfermedad física o mental. Dispongo que se me permita morir con dignidad, que mi doctor deje de aplicar o que retire cualquier tratamiento que sirva meramente para prolongar mi vida, pero que ofrezca muy bajas probabilidades de curarme o de lograr la remisión de mi enfermedad. Yo dispongo que mi tratamiento se limite a las medidas que sirvan para mantenerme cómodo y para aliviarme el dolor.

He decidido pedir que se sigan estas instrucciones, después de haberlas considerado cuidadosamente, y de acuerdo a mis fuertes convicciones y creencias. Espero que mi familia, los doctores y demás personas involucradas en el cuidado de mi salud se atengan a mis deseos, y que al proceder de este modo queden exentos de cualquier responsabilidad legal o moral.

Instrucciones/comentarios adicionales:

Firma _____

Fecha _____