

# **ESTAR CONSCIENTE... ESTAR PREPARADO**

1. Forma de datos del hogar
2. Plan de emergencia familiar
3. Equipos de articulos de emergencia
4. Informacion medica y de salud
5. Personas con nesesidades especiales de salud u otras actividades limitadas
6. Plan de emergencia para mascotas
7. Testamento en vida
8. Poder legal duradero

## **Departamento de Salud del Distrito del Sureste**

Sirviendo a los condados de Johnson, Nemaha, Otoe, Pawnee y  
Richardson

**2511 Schneider Ave. Auburn, Nebraska 68305**  
**Telefono: (877) 777-0424 o (402) 274-3993**

## **Departamento de Salud del Distrito del Sureste**

Sirviendo a los condados de Johnson, Nemaha, Otoe, Pawnee y Richardson

**2511 Schneider Ave. Auburn, Nebraska 68305**  
**Telefono: (877) 777-0424 o (402) 274-3993**

El pensar en la preparacion para los desastres naturales, influenza pandemica u otras emergencias es abrumador. El tener un plan personal o familiar ha aumentado en importancia. Como residentes de los condados que componen el sureste del Departamento de Salud , tenemos que prepararnos para hacer nuestra parte en tiempos de emergencia.

**Estar consciente, Estar preparado!** se ha elaborado para nuestros ciudadanos que delinian la importancia de tener un plan familiar de emergencia. Este paquete es designado para ayudarlo a desarrollar un plan que prepare a su familia y a usted durante estas emergencias.

Los instrumentos en este plan fueron desarrollados incluyendo las necesidades de todos. Si hay partes que no se aplican para usted, es bueno, pero tomese el tiempo para leer y llenar los espacios apropiados de la informacion con su familia. Al desarrollar este instrumento, al comprar los suplementos apropiados, y el hablar con su familia acerca de estos planes, estara mejor preparado para cualquier emergencia que se presentara. Es nuestro objetivo para cada familia, desarrollar estos “Paquetes dinamicos” que puedan ser llevados con usted

inmediatamente. Ponga esta informacion en una bolsa de plastico transparente para mantenerla seca y guardela en la puerta de su refrigerador u otro lugar accesible.

Por favor tambien cosidere el ayudar a completar este paquete a sus vecinos ancianos, personas con nesecidades especiales o miembros de su iglesia que no tengan un sistema de apoyo.

El Departamento de Salud del Distrito del Sureste esta deseoso de ser una fuente en su planeamiento ofreciendo actualizaciones de este instrumento, al ser obtenida nueva informacion. Estamos disponibles para cualquier pregunta que sobresalga en su esfuerzo de preparacion. Por favor sientase seguro de comunicarse con nosotros al telefono gratis; 1-877-777-0424.

Es de nuestra esperanza el que nunca tenga que usar este documento. Pero... **El esperanzarse no es un plan.**

**ESTAR CONSCIENTE... ESTAR PREPARADO!**

Para su salud,

Kay Oestmann, Director  
Departamento de Salud del Distrito del Sureste

# 1: FORMA DE DATOS DEL HOGAR

Use esta hoja para guardar informacion acerca de los miembros de familia en su hogar. Asegurece de poner numeros de telefono que esten guardados en su celular en caso de que lo perdiera o se le baje la bateria. Actualice la informacion cuando haya cambios, especialmente los numeros telefonicos. Considere el guardar fotos mas recientes de todos los miembros de su hogar junto con esta hoja. Nota: Hay una seccion por separado (#4) en este paquete para registrar informacion medica mas extensivamente.

Fecha \_\_\_\_\_

Familia Apellido:	Telefono:
----------------------	-----------

Direccion:	Apt #:	Ciudad:
------------	--------	---------

Contacto de Emergencia:	# de Placa del Auto:
Telefono del vecino:	Correo Electronico:

Apellido	Nombre	Edad	Sexo	Celular



# FORMA DE DATOS DEL HOGAR



Use esta hoja para miembros adicionales de su hogar

Fecha \_\_\_\_\_


Guarde este documento y toda informacion importante en un lugar seguro. Tenga una lista de numeros de seguro social, tarjetas de credito, cuenta, de banco y ahorros en un lugar accesible y seguro, junto donde tenga otros documentos legales. No de a nadie numeros de seguro social, fechas de nacimiento, etc exceptuando a personas confiables.



## 2: PLAN FAMILIAR DE EMERGENCIA

Fecha \_\_\_\_\_

**Use esta hoja para escribir y planear lo que haria en el evento de un desastre**

- Su familia puede que no este junta al tiempo que ocurra un desastre, por lo que debe planear como hacer contacto con cada uno de ellos, y revisar el que haran en diferentes situaciones.
- Evalúe su casa para determinar bajo que circunstancias pueden permanecer en ella y cuando tuvieran que evacuar y buscar refugio.
- Decidir a cual refugio de emergencia irian si una evacuacion es anunciada. (Enliste los refugios de evacuacion disponibles por medio de las oficinas del condado de Administracion de Emergencia y sus correos electronicos.)

### **Lugar de encuentro en el vecindario**

**(si se nesitara salir de la casa):** \_\_\_\_\_

Si hay un No. de telefono en el lugar de encuentro escribalo aqui: \_\_\_\_\_

### **Lugar alternativo de encuentro**

**(en caso que el vecindario sea inaccesible):** \_\_\_\_\_

Si hay un No. de telefono en el lugar de encuentro escribalo aqui: \_\_\_\_\_

**Si no se pudieran encontrar unos con otros o contactarse por telefono, se llamara al telefono(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ para checar.** ( La Cruz Roja Americana sugiere que este contacto sea un numero fuera del Estado, ya que un telefono distante puede ser llamado aunque los telefonos locales esten desconectados.) Telefono alternative fuera del

Estado: \_\_\_\_\_

**Locacion del refugio de emergencia:** \_\_\_\_\_

La informacion anterior debe ser conocida por todos los miembros de la familia. Elabore tarjetas de tamaño de una cartera para que los miembros de familia cargen consigo en todo momento.

Enlaminar, o poner cinta sobre la tarjeta para hacerla a prueba de agua.



**Si se espera una tormenta mayor u otro desastre, hay diferentes opciones de refugio con las que debe estar familiarizado. Escuche la radio para oír la última información de su Administración local de Emergencia.**

- 1. Refugio en lugar – Significa que usted debe quedarse dentro del lugar donde este hasta que las autoridades determinen que es seguro o que se le diga que evacúe.**
- 2. Refugio con familia o amigos – Si su hogar se cree inseguro en el evento de un desastre natural, y usted conoce a alguien con una casa más segura, pídale refugio.**
- 3. Evacuar a un Refugio – Si las autoridades deciden evacuar el área donde vive, será anunciado a través de la radio (vía Sistema de Alerta de emergencia).**

**No regrese a su casa a menos que se cerciore que es seguro. Puede que sea necesario que se encienda la electricidad por medio del interruptor principal, el cual no debe tocar a menos que este entrenado a manejarlo.**

**Guarde los siguientes numeros telefonicos a la mano, para que no tenga que buscarlos en medio de un emergencia.**

Note: Hay una seccion por separado para informacion importante medica y de salud (seccion 4)

<b>Nombre</b>	<b>Telefono</b>	<b>Comentarios</b>
Escuela:		
Escuela:		
Escuela:		
Trabajo:		
Trabajo:		
Ninera:		
Ninera:		
Programa despues de la escuela:		
Guarderia:		

**Seguros/Doc. Legales**

<b>Compania/Nombre</b>	<b>Telefono</b>	<b># de Poliza</b>
Seguro de Propiedad		
De automovil:		
De vida		
De incapacidad		
Abogado		



### 3: Equipos de Artículos de emergencia

Todos debemos estar listos para una emergencia en el evento de un desastre mayor o extensión de un brote, tal como la Influenza pandémica.

Un desastre puede interrumpir los servicios de agua, electricidad, teléfono y gas, tanto como limitar la disponibilidad de artículos en las tiendas locales. Puede que se lleven semanas para reabastecer las tiendas, por lo que debe mantener su equipo abastecido y listo!

Prepare un **Equipo de supervivencia del hogar**. Esto es en caso que se le diga que se Refugie en el Lugar (permanecer dentro de un lugar), o que los caminos estén cerrados debido a tormenta u otro desastre. Para tales situaciones debe tener a la mano lo siguiente:



- **Comida** que no requiera refrigeración o cocimiento- suficiente para 1-2 semanas.
- **Agua**, botellas comercialmente embotelladas, de 2 a 4 cuartos por persona por día- entre más mejor; suficiente para 1-2 semanas.
- **Radio y lámparas de mano**: de baterías, solares o arrancadas con la mano, más aparte baterías de repuesto. Nota: una lámpara tipo linterna es buena para uso libre de las manos.
- Lámina de plástico y cinta para ductos para cubrir ventanas rotas.

Elabore un **Equipo de mano** que pueda llevarse con usted en caso de que deba evacuar su casa, asegúrese que todos los miembros de la familia sepan donde está guardado este equipo. Ponga lo siguiente en una bolsa resistente contra agua, una mochila u otro contenedor, preferiblemente con ruedas;

\*Todos los artículos mencionados anteriormente (en su equipo de supervivencia del hogar) más aparte:

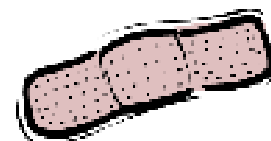
Tarjetas de vacunacion  
Tarjetas de Identificacion  
Equipo de costura  
Cinta para ductos  
Ganchos de seguridad  
Papel de bano  
Carpa de plastico y cuerda  
Termometro  
Silbato de Rescate  
Cobijas y toallas  
Repelente de mosquitos  
Sombrero y locion contra el sol  
Equipo de primeros auxilios y pinzas  
Tijeras, navaja multiusos  
Llaves extras del carro y casa  
Lentes de repuesto  
Abrelatas de mano  
Su paquete completo de “Estar Consciente... Estar Preparado ( o una copia fotostatica) con fotos de los miembros del hogar y mascotas.  
Copias de informacion medica, seguros y recetas medicas  
Efectivo extra incluyendo monedas de denominacion pequena  
Medicinas prescritas extras y equipo medico ( pregunte a su doctor como guardar y que tan seguido rotar las medicinas)  
Ropa y calzado de color brillante y de proteccion.  
Lapiceros, papel y marcadores permanentes.  
Guantes desechables, desinfectante y cloro sin aroma.  
Desinfectante para las manos, toallitas humedas para bebe y para lavarse.  
Medicinas de mostrador (antidiarrea, laxativos, para dolor y alivio de la fiebre, pomada antibiotica.  
Jabon, pasta de dientes, cepillo de dientes, alcohol rubrico, toallas, tampons y toallas femeninas, leche de formula para bebe.  
Cubeta de plastico y bolsas de gallon de plastico para ser usadas como excusado sustituto.

Vea la Seccion 6 para como hacer un equipo de emergencia para mascotas.



## COMIDA Y ARTICULOS SUGERIDOS PARA LOS EQUIPOS DE EMERGENCIA

- Enlatados de atun, frijol, carne, fruta, sopas, verduras etc con tapadera quita facil( que no requiera abrelatas).
- Cereal.
- Nueces y fruta seca.
- Galletas saladas.
- Crema de cacahuete.
- Barras de fruta y proteinas.
- Jugos enlatados.
- Carne seca y algo similar lleno en proteinas.
- Café o te instantaneo; azucar y leche en polvo; jugos o limonada en polvo
- Comida de confort como galletitas, dulces, cereales azucarados.
- Comida para bebe enlatada o embotellada.
- Otros articulos de comida que no se descompongan.
- Medicinas extras.
- Cerillos y velas.
- Contenedores de plastico con tapadera.
- Bolsas de basura super fuertes.
- Jabon de trastes liquido.
- Papel aluminio y de plastico para envolver
- Paquetitos de sal y pimienta.
- Toallas de tela y de papel.
- Utensilios para cocinar y comer, platos.
- Bolsitas de plastico para comida.
- Abridor de latas y botellas manual.
- Estufa portatil o Hibachi.
- Articulos medicos prescritos (equipo para tomar alta presion, glucometro)
- Agua , jabon o desinfectante de manos.
- Liquidos con electrolitos (Gatorade).
- Medicinas de mostrador (anti diarreha, para dolor y fiebre).
- Panales, toallas y tampones higienicos femeninos.



## CONSIDERE DEJAR ESTOS ARTICULOS EN SU CARRO

Cuerda  
Luces de emergencia  
Pala  
Guantes de trabajo  
Gafas protectoras  
Cables para pasar bateria  
Arregla llantas (4 latas)  
Llaves extras de la casa  
Agua (de gallon)  
Extintidor de fuego (Tipo ABC0)  
Mapas  
Herramientas- martillo, pinzas,desarmadores, palanca, llave inglesa  
Dinero en efectivo incluyendo monedas para telefono publico.



## 4: INFORMACION DE LA SALUD




### Medicamentos, Tratamientos y Condiciones Medicas


Por favor escriba en esta hoja todos los medicamentos , ademas de su informacion de lentes y aparatos auditivos. Haga copias si nesecita mas espacio. Si mas de un miembro de familia toma medicinas, copie esta pagina y haga por separado una lista para cada uno de ellos. Si la medicina o la dosis de la misma cambiara, tache por cpmpleto el renglon y escriba la nueva informacion en un nuevo espacio.

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Condicion medica y tratamiento:	
Alergias:	Dieta especial:

Medicina	Dosis y Frecuencia	Para	Notas

	Prescripcion
 Ojo derecho	
 Ojo izquierdo	

Info de aparato auditivo:	
Tipo de bateria:	

# INFORMACION MEDICA

## Numeros de poliza y telefonos

Compania	Telefono	Poliza y Comentarios
Doctor:		
Doctor:		
Doctor:		
Clinica:		
Clinica:		
Hospital:		
Dentista:		
Oculista:		
Farmacia:		
Farmacia:		
Seguro Medico:		
Medicaid o Medicare:		
Cobertura de prescripciones		
Seguro Dental:		

Estan todos los miembros de su familia al corriente con sus vacunas? Los adultos deben tener el refuerzo de la vacuna del tetanus por lo menos cada 10 anos. Es Buena idea mantener las cartillas de vacunacion en un solo lugar. Incluya junto con esta informacion copias de estas cartillas de vacunacion de toda su familia.

# CARTILLA DE VACUNACION

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Vacuna	Fecha	Vacuna	Fecha
Polio OPV o IPV		Triple/Sarampion, Paperas,Rubeola	
Polio OPV O IPV		Triple/Sarampion Paperas, Rubeola	
Polio OPV O IPV		Varicela Fecha de enfermedad	
Polio OPV O IPV		Varicel Fecha de enfermedad	
DTP/DT/DtaP Difteria, Tetano, Tos Ferina		Hepatitis A	
DTP/DT/DTaP Difteria, Tetano, Tos Ferina		Hepatitis A	
DTP/DT/DTaP Difteria, Tetano, Tos Ferina		Hepatitis B	
DTP/ DT/DTaP Difteria, Tetano, Tos Ferina		Hepatitis B	
DTP/DT/DTaP Difteria, Tetano, Tos Ferina		Hepatitis B	
Tdap		PCV Neumococica Conjugada	
Td/ Tetano y Difteria		PCV Neumococica Conjugada	
Td/ Tetano y Difteria		PCV Neumococica Conjugada	
HIB Haemophilus influenzae b		PCV Neumococica Conjugada	
HIB Haemophilus influnzae b		Meningococica	
HIB Haemophilus influenzae b		Otras	
HIB Haemophilus influenzae b			
Rotovirus			
Rotovirus			
Rotovirus			

## **5: INFORMACION ADICIONAL PARA PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES DE SALUD U OTRAS ACTIVIDADES LIMITADAS.**

Cualquier persona discapacitada o que no sea tan fuerte como solia ser,- que tengan problemas para caminar, ver, respirar, entender, aprender o responder rapidamente- puede que requiera un plan mas cuidadoso y mas tiempo para evacuar su casa. USTED, SU FAMILIA Y LOS QUE LO CUIDAN ESTAN EN LA MEJOR POSICION DE PLANEAR SU SEGURIDAD DURANTE Y DESPUES DE UNA EMERGENCIA O SITUACION DE DESASTRE. EL MEJOR TIEMPO PARA EMPEZAR A PLANEAR ES AHORA.

EL PLANEAR SE LLEVA SU TIEMPO. Muchas organizaciones a travez de la nacion tienen informacion detallada para ayudarlo a prepararse en aspectos de emergencia. La mayoria instan a sus clientes a llevar un extensivo proceso para prepararse, incluyendo:

1. Informarse
2. Hacer un plan
3. Ensamblar un paquete
4. Mantener su plan y paquete

TOME EL PRIMER PASO AHORA. Haga una junta con su familia y las personas que lo cuidan, para hablar de este topico tan importante.

### **FUENTES DE INFORMACION PARA PERSONAS CON DESCAPACIDAD O ACTIVIDAD LIMITADA:**

Comision de Nebraska para el Sordo y Audicion limitada.  
Fuera del area de Lincoln/ Omaha: 1-800-545-6244  
Correo electronico: [ostaff@ncdhh.state.us](mailto:ostaff@ncdhh.state.us)

Transporte de Emergencia para la Poblacion Dependiente  
[www.gao.gov](http://www.gao.gov)

Centro de Recursos para la Preparacion del Discapacitado  
Departamento de Seguridad Nacional  
[www.disabilitypreparedness.gov](http://www.disabilitypreparedness.gov)



Salvando Vidas:Planeacion en Emergencias, incluyendo Personas con Descacidad.

Consejo Nacional para Descapacitados

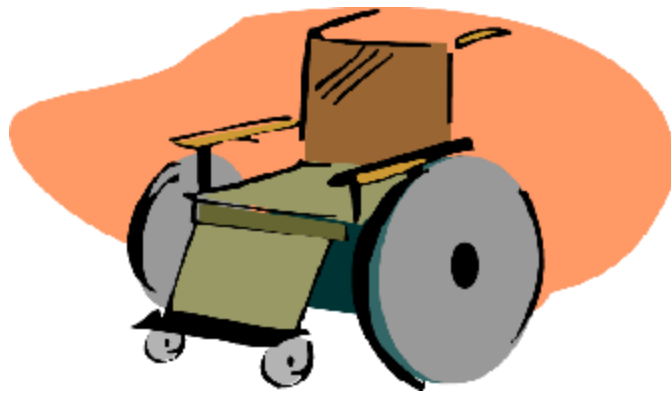
[www.nod.gov](http://www.nod.gov)

Agencia del Area de Blue Rivers para la Edad Avanzada (BRAAA)

Correo electronico: [larry.ossowski@hss.ne.gov](mailto:larry.ossowski@hss.ne.gov)

Servicios de Salud y Asistencia Humana

[www.hhs.state.ne.us](http://www.hhs.state.ne.us)



**AGENCIAS Y PERSONAS QUE LO CUIDAN Y  
AYUDAN EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS:**

Agencia	Telefono	Servicio y Horario

**PLANES DE EMERGENCIA:**



## 6: PLAN DE EMERGENCIA PARA MASCOTAS



Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del dueño  
de la mascota:

Direccion:	Apt #:	Ciudad:	Telefono:	Tel. del vecino:
------------	--------	---------	-----------	------------------

No. de telefono del veterinario  
y guarderia de mascotas:

Nombre de la mascota	Clase/Identificación Perros y gatos deben tener collar y placa	Fecha de vacuna contra la rabia	Comentarios o necesidades especiales

### Articulos de emergencia para mascotas.

Mantener un “Equipo rapido para mascotas” claramente marcado, a prueba de agua y facil de cargar con usted en caso de que tuviera que salir de su casa rapidamente.  
Asegurese que todos en la familia sepan donde esta guardado. Los articulos que pueden considerarse en este paquete incluye:

Agua y comida seca o de lata suficiente para 1 o 2 semanas ( La comida seca puede ranciarse, por lo que debe mantener el abastecimiento en rotacion trimestralmente)

Correas y arnes de seguridad extras ( Nota: El arnes es recomendado para el resguardo y seguridad de su mascota)

Fotocopiado de los records medicos y dos semanas de suplementos de las medicinas necesarias de su mascota puestas en un contenedor a prueba de agua. (Nota: las medicinas deben cambiarse regularmente, ya que pueden descomponerse)



Una bolsa de viaje, jaula o portamascotas resistente, siendo mejor uno para cada uno de sus mascotas ( vea la siguiente pagina para mas informacion).

Para perros especialmente: una correa larga y una estaca de patio, juguetes y mordederas, suficiente arenal desechable para dos semanas.

Para gatos: Charola desechables de desperdicio (charolas para horno de aluminio), mas aparte arenal para gato o toallas de papel desechable.

Baterias y lamparas de mano

Jabon liquido y desinfectante

Bolsas de basura desechables.

Tazon para comer para mascotas.

Fotos mas recientes de sus mascotas  
( en caso que tenga que hacer un poster de su mascota extraviada)

Abridor de lata de mano.

Cobija ( para recoger y abrigar su mascota aterrorizada)

**Nota: Si su mascota tiene problemas de comportamiento o medicos, anada una etiqueta al collar, la correa o a su portamascotas.**



## Recomendaciones de la Sociedad Americana para la Prevención de Crueldad a los animales.



### **Si tiene que “Refugiarse en el lugar”....**

Si los oficiales de emergencia recomiendan que se quede en su casa, es importante que mantenga a sus mascotas con usted. **MANTENGA SU “EQUIPO RAPIDO” Y SUMINISTROS CERCA Y A LA MANO.** Sus mascotas pueden tensionarse durante el confinamiento en su casa, por lo que debe considerar enjaularlos para la seguridad y comodidad de ellos.

- Determine con anterioridad cual cuarto ofrece el mayor resguardo. Estos cuartos deben ser libres de peligros tales como ventanas, escombros y objetos volantes.
- Escoja areas facil de limpiar como zonas seguras, tales como cuarto de lavar, banos y sotanos .
- El acceso al suministro de agua fresca es particularmente importante. En areas donde puedan perder la electricidad, llene las baneras y lavavos con agua con tiempo, para asegurarse que tenga el acceso al agua durante un apagon de electricidad u otra crisis. (Asegurese que los ninos pequenos no tengan acceso a tinas de agua, ya que estas posan como peligros de ahogarse)
- En el evento de que haya una inundacion, dirijase al lugar mas alto de su casa o a un cuarto que tenga mostradores o repisas altas donde sus animales pueden refugiarse.

### **Si tiene que evacuar su casa....**

Disponga de un lugar de resguardo para sus mascotas en el evento de evacuacion. **NO DEJE A SUS MASCOTAS.** Recuerde que si no es seguro para usted, no es seguro para sus mascotas. Ellos pueden quedar atrapados o escapar y exponerse a peligros de muerte. Es muy posible que en los Refugios no se acepten a mascotas debido a reglas de salud y seguridad, por lo que es imperativo que determine donde llevara a sus animales con anterioridad:

- Contacte a su veterinario para obtener una lista de lugares o residencia canina.
- Si es posible, busque lugares fuera del area de desastre donde usted pudiera quedarse con su mascota ( o donde puedan cuidar a su mascota mientras usted esta en el Refugio).

### **Acercas de los portamascotas....**

Una jaula o el porta mascotas debe ser lo suficientemente grande para que el animal este parado, se volte o se estire. Estos articulos deben ser disponibles en una tienda de mascotas- trate de buscar uno que sea aprueba de escape. Para los gatos el espacio entre la comida y el desperdicio debe de ser de 3 pies si es posible.

Consiga que su mascota se acostumbre a la jaula o portamascotas para que no tengan miedo y no huya en el momento que usted tiene que evacuar.



# **DIRECTRIZ MEDICA POR ADELANTADO**

En Nebraska, un adulto que es capaz de hacer dediciones en respecto al cuidado de su salud, tiene el derecho de decir si o no a un tratamiento medico. Como resultado de esto usted tiene el derecho de preparar un documento conocido como “Directriz Medica por Adelantado”.

Esto es un asunto de importancia, que debe de hablarlo con su familia, amigos, su doctor y su abogado antes de decidir si si o si no quiere esta “Directriz Medica por Adelantado”.

Aqui le damos informacion general acerca de esta “Directriz. No se intenta el darle consejos legales especificos. Si tiene mas preguntas acerca de sus derechos legales, debe de buscar el consejo profesional de un abogado.

## **Que es esta “Directriz Medica por Adelantado”?**

Una “Directriz Medica por Adelantado” es una declaracion por escrito la cual muestra fidedignamente que usted ha hecho una decision en particular acerca de su cuidado medico, o que ha asignado a otra persona para que lo haga por usted. Las dos formas mas communes de Directrices son el “Testamento en vida” y el “Poder legal para Cuidados Medicos”. Sin embargo estas Directrices pueden tomar diferentes formas o ser llamadas de otro modo.

Una Directriz por Adelantado le permite establecer su opcion para su cuidado medico o nombrar a alguien mas que haga esas decisiones por usted, si es que usted estuviera indispuesto para hacer estas decisiones. En forma corta una Directriz por adelantado le permitira hacer decisiones de tratamiento de su salud para el futuro. Usted podra decir si, a un tratamiento que usted quiera, o no al tratamiento medico que usted no quiera.

## **Que es un Testamento en vida?**

Un “Testamento en vida”, generalmente establece que tipo de cuidado medico usted quiere o no quisiera, en caso de que no pudiera hacer sus propias decisiones. Se le llama Testamento en vida porque se lleva acabo mientras que todavia usted esta en vida. La legislaci3n de Nebraska ha adoptado leyes que gobiernan estos testamentos. Esta ley es conocida como

Acta de los derechos del Desahuciado. Un adulto en su mente sana puede en cualquier momento, ejecutar una declaración que gobierne el mantener, o retirar un tratamiento con equipo medico para mantenimiento de vida.

### **Que es un “Poder Legal para el cuidado medico?”**

Un “Poder” es un documento legal nombrando a otra persona, digamos como a el esposo, esposa, hijo u otro amigo cercano, como su “agente” o “representante” para hacer decisiones medicas por usted, si usted no pudiera hacerlas. Su agente o representante, es guiado por instrucciones dadas por usted, sobre tratamientos que quisiera o no quisiera. En general este Poder otorga al agente o representante el mismo poder que un individuo pudiera tener o esforzar para su propio bienestar. En Nebraska se tienen leyes en relación a estos “Poderes Legales para el cuidado medico” para la persona al que se le otorga dicho poder y que por lo tanto le permite hacer las decisiones médicas.

### **Un proveedor de la salud debe seguir la “Directriz por Adelantado”?**

La Ley Federal requiere que hospitales, instalaciones para ancianos, agencias de salud del hogar, programas de hospicio y organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO’s) tengan polizas por escrito concernientes a la Directriz Medica por Adelantado”. El proveedor de la salud que usted escoja debe de informarle por escrito de sus pólizas sobre esta Directriz Medica por adelantado”. Por lo tanto debe de revisar y discutir estas pólizas para el seguimiento de la misma por su medico y otros.

Su proveedor de la salud debe de seguir su Directriz Medica, a menos que este le haya informado que no esta dispuesto a hacerlo. Si su proveedor de la salud no estuviera dispuesto a seguir su testamento en vida o su poder legal para la salud, este proveedor de la salud o su medico debe de ayudarlo a transferirlo a otro proveedor que si pudiera seguir esta Directriz.

### **Cuando se lleva a cabo esta Directriz Medica?**

Su Directriz Medica generalmente toma efecto solo después que usted no pueda hacer sus decisiones personales. Siempre y cuando usted pueda hacer sus propias decisiones, el proveedor de la salud se basara en usted y no en la Directriz.



## **Tengo que elaborar una Directriz Medica por Adelantado?**

No. Es completamente de su decisión el que quiera o no preparar esta Directriz por Adelantado. Pueden surgir preguntas acerca de el tratamiento medico que usted quisiera o no llegar a recibir. Una Directriz Medica por Adelantado puede ayudar a resolver estas preguntas tan importantes.

Su proveedor de la salud no le puede exigir que usted tenga una Directriz Medica por adelantado como condición para que usted reciba sus cuidados; ni tampoco puede prohibirle tener una Directriz Medica si lo deseara.

## **Que debo de hacer con mi Directriz Medica por Adelantado si escogiera tener una?**

Asegurese que alguien, como un familiar, sepa que usted tiene una Directriz Medica por Adelantado y que sepa donde esta localizado. Puede considerar lo siguiente:

- Si tiene un Poder legal para el cuidado de su salud, dele una copia del original a su “agente” o “reperesentante”.
- Digale a su proveedor de la salud que usted tiene una Directriz Medica por Adelantado y pidale que lo haga parte de expediente.
- Guarde una segunda copia de esta Directriz en un lugar seguro donde pueda ser encontrado fácilmente, si se nesecitara.
- Guarde una tarjeta pequeña en su bolso o cartera, en la cual establezca que tiene una Directriz Medica por Adelantado, donde la tiene guardada y quien es su “agente” o “representante” si es que usted nombro a alguien.

## 7: DECLARACION DE TESTAMENTOS EN VIDA EN NEBRASKA

---

Si yo, cayera dentro de un estado vegetativo persistente, o tuviera una condición incurable e irreversible, y siendo la opinión de mi medico que sin la administración de un soporte de mantenimiento de vida esta me causara la muerte en un plazo corto de tiempo, y siempre que yo no pudiera hacer mis dediciones de tratamiento medico, yo dirijo a mi medico, de acuerdo al Acta de los Derechos del Desahuciado, que detenga o retire el tratamiento de soporte medico de vida, el cual no sea necesario para mi comodidad o para aliviar mi dolor.

Otras direcciones:

---

---

---

---

---

Firmado el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

El declarante firma voluntariamente bajo mi presencia:

Testigo \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

O

El declarante firma voluntariamente este escrito bajo mi presencia:

---

Notario publico

## **8: PODER LEGAL PARA EL CUIDADO MEDICO EN NEBRASKA**

1. Yo nombro a \_\_\_\_\_, cuya dirección es \_\_\_\_\_ y numero de teléfono \_\_\_\_\_, como mi apoderado para mi cuidado medico. Yo nombro a \_\_\_\_\_, cuya dirección es \_\_\_\_\_ y numero de teléfono \_\_\_\_\_, como mi apoderado sucesor. Yo autorizo a mi apoderado nombrado en este documento a hacer decisiones por mi en relación a mi cuidado medico cuando yo sea determinado incapaz de hacer estas dediciones por mi mismo. Yo he leído las advertencias incluidas en este documento y entiendo las consecuencias de la ejecución de un poder legal para el cuidado medico.
  
2. Yo dirijo a mi apoderado con el cumplimiento de las siguientes instrucciones o Limitaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
3. Yo dirijo que mi apoderado cumpla con las siguientes instrucciones en relación a el tratamiento de Soporte de vida: (opcional) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
4. Yo dirijo que mi apoderado cumpla con las siguientes instrucciones en relación a la administración artificial de nutrición e hidratación:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Yo he leído este Poder Legal para el Cuidado Medico. He entendido que este permite a otra persona a hacer las dediciones necesarias de vida o muerte para mí, si yo no fuera capaz de hacer tales dediciones. También entiendo que puedo revocar este Poder legal para cuidados medicos en cualquier momento notificando a mi apoderado, mi medico o las instalaciones donde yo soy paciente o residente. Yo también entiendo que puedo requerir en este Poder para cuidado medico que el factor de mi incapacidad sea confirmado en un futuro por una segunda opinión de un medico.**

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona haciendo el nombramiento/Fecha

# DECLARACION DE TESTIGOS

Declaramos que el autor es conocido personalmente por nosotros, que ha firmado o reconocido su firma en este documento de Poder Legal para Cuidado Medico en nuestra presencia, estando en plena facultad mental y no bajo coacción o demasiada influencia; y que tanto como ninguno de nosotros o el medico asistente, es la persona nombrada como apoderado en este documento.

Atestiguado por:

\_\_\_\_\_  
(Firma del testigo/Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del testigo)

\_\_\_\_\_  
(Firma del testigo/Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del testigo)

O

Estado de Nebraska )  
)

Condado de \_\_\_\_\_ )

En este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, Ante mi  
\_\_\_\_\_ notario publico del condado de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ personalmente se presenta \_\_\_\_\_

conocido como la persona autora, cuya firma idéntica es fijada en este Poder Legal de cuidado Medico, adjunto anteriormente, y declaro que el o ella reconoce la ejecución de la misma como de su propio acto y obra voluntaria; y que yo no soy el apoderado legal o sucesor del mismo designado en este documento.

Testifico con mi mano y sello notarial en \_\_\_\_\_, del mismo condado, día y ano suscrito anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Notario Publico

## **REFERENCIAS**

**Cruz Roja Americana**  
[www.redcross.org](http://www.redcross.org)

**Centro de Control de Enfermedades**  
[www.bt.cdc.gov](http://www.bt.cdc.gov)

**Departamento de Salud del Distrito Central del Este**  
[www.ecdhd.com](http://www.ecdhd.com)

**Departamento de Salud del Estado de Hawai**  
[www.hawaii.gov](http://www.hawaii.gov)

**Servicios Humanos de Salud de Nebraska**  
[www.hhs.state.ne.us](http://www.hhs.state.ne.us)

**Departamento de Salud del Distrito del Sureste**  
[www.sedhd.org](http://www.sedhd.org)

**Por favor consulte su Departamento local de Salud Pública  
para asistirlo en su planeacion.**