

# VNSNY CHOICE MLTC HEALTH PLAN

## Información importante sobre DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL AFILIADO

### Contenido:

|   |    |
|---|----|
| Hoja de datos de intercambio de información médica                          | 2  |
| Carta de derechos y responsabilidades del afiliado                          | 5  |
| Políticas de Autodeterminación del Paciente                                 | 8  |
| Tomar decisiones sobre su atención médica                                   | 10 |
| Planificación anticipada de su tratamiento médico                           | 13 |
| Declaración de servicios de asistencia personal dirigidos por el consumidor | 15 |



**CHOICE**  
Health Plans

## Hoja de datos de intercambio de información médica

---

Para ofrecerle la mejor atención posible, NYSDOH hizo posible que los proveedores intercambien su información médica por medio de una red informática llamada Red Estatal de Información de Salud de Nueva York (State Health Information Network for New York, SHIN-NY). VNSNY participa en **SHIN-NY** como parte de las normas federales y estatales, lo que permite que su información médica se transmita para que otros proveedores puedan ver su información y mejorar la calidad, la coordinación y la eficacia de la atención al paciente mientras protegen su privacidad y seguridad.

**SHIN-NY** es una “red de redes” que enlaza ocho Entidades calificadas (Qualified Entities, QE) regionales de Nueva York en todo el estado. Cada Entidad calificada (o RHIO) opera su propia red y recopila expedientes médicos electrónicos de otros proveedores participantes.

VNSNY trabaja con las siguientes Organizaciones regionales de información médica (Regional Health Information Organizations, RHIO) no lucrativas: Bronx RHIO, Healthix, NYCIG RHIO, para proporcionar su información demográfica y de salud a SHIN-NY.

Le solicitamos que firme un formulario autorizado de NYSDOH para dar su consentimiento a VNSNY para obtener acceso y recibir información suya por parte de SHIN-NY. VNSNY obtendrá acceso a su información médica de SHIN-NY solo si usted le ha dado a VNSNY su autorización por escrito en nuestro [Formulario de consentimiento](#) para hacerlo.

Su consentimiento permanecerá vigente hasta que usted lo cancele. Puede cancelar su consentimiento en cualquier momento completando un nuevo formulario en el que usted deniega que VNSNY obtenga acceso a su información en SHIN-NY.

Para obtener información adicional puede visitar:  
<https://www.health.ny.gov/technology/regulations/shin-ny/>

### **Preguntas frecuentes acerca del intercambio de información médica**

#### **¿Qué proveedores de atención médica compartirán mi información?**

VNSNY participa en varias Organizaciones regionales de información médica (RHIO) en el área de la Ciudad de Nueva York. La lista de proveedores que pertenecen a cada una de estas se puede encontrar en nuestro sitio web en [www.vnsny.org/hie](http://www.vnsny.org/hie) y se actualiza de forma regular.

## **¿Por qué habría de querer que se comparta mi información médica?**

Cuando los hospitales, médicos, enfermeras y otros proveedores de atención médica tienen su información médica, ellos pueden ofrecerle una mejor atención y tratamiento. SHIN-NY les permite a sus proveedores tener acceso a su información más actualizada; incluyendo exámenes de laboratorio, historial médico, medicamentos, alergias y otros informes médicos, de manera rápida y segura para que puedan brindarle la mejor atención posible.

## **¿De qué manera mejorará la calidad de la atención si comparto mi información médica?**

SHIN-NY mejora la calidad de la atención que usted recibe porque sus proveedores podrán ofrecer atención coordinada. Sus expedientes médicos serán más completos, lo que puede reducir errores y la duplicación de costosas pruebas o procedimientos. Todos sus médicos y otros proveedores recibirán información coherente, lo que les permite realizar diagnósticos más precisos y brindar un tratamiento más enfocado.

## **¿Mi información médica es privada y confidencial?**

Por supuesto que sí. Los proveedores obedecen las leyes federales y del estado sobre la privacidad de la información médica. SHIN-NY no compartirá su información médica con nadie sin su consentimiento, excepto en ciertas circunstancias, como una emergencia en la que el acceso a su información sea crítico para su salud o por asuntos de seguridad pública.

## **¿Cuáles son mis derechos?**

Como paciente/afiliado, usted tiene derecho a decidir si permite que VNSNY obtenga acceso a su información médica electrónica o no. Si decide no dar su autorización por escrito, VNSNY no obtendrá acceso a su información por medio de las Organizaciones regionales de información médica (RHIO). Si usted da su autorización por escrito y posteriormente cambia de opinión, puede retirarla completando un nuevo formulario en el que deniega que VNSNY obtenga acceso a su información en SHIN-NY.

Si decide no dar su consentimiento, VNSNY no podrá tener acceso a su información médica que podría ser importante y útil mientras lo tratamos. Si tiene alguna pregunta acerca de su privacidad, consulte el [Aviso de prácticas de privacidad de VNSNY](#) (Notice of Privacy Practices) que se le proporcionó durante la admisión. (Si necesita otra copia, solicítela a su enfermera o terapeuta de VNSNY).

## **¿A quién puedo contactar para obtener más información?**

Para hacer preguntas o para solicitar información, comuníquese con el VNSNY Privacy Officer: 220 East 42nd Street, 3rd Floor, New York, NY 10017; teléfono: 212-609-7470.

Las operaciones específicas o los proveedores de atención médica que participan en los Intercambios de información médica pueden cambiar en cualquier momento sin aviso,

pero la descripción más actualizada siempre está disponible en nuestro sitio web en [www.vnsny.org/hie](http://www.vnsny.org/hie).

### **¿Existe algún riesgo de "robo de identidad"?**

VNSNY *solo* comparte su información médica y cualquier información del seguro médico necesaria para facturar. No enviaremos su información financiera a los Intercambios de Información Médica (Health Information Exchanges, HIE). Además, los HIE los utilizan solo los proveedores de atención médica que ven su información médica para brindarle mejor atención. Solo los proveedores a los que usted haya autorizado y que hayan aceptado adherirse a estrictas medidas de seguridad y procedimientos para proteger su privacidad podrán tener acceso a su información. Se cuenta con tecnología especial para evitar que cualquier persona que no esté autorizada vea su información personal y privada.

### **Un mensaje especial sobre la información confidencial.**

Si usted da su consentimiento, VNSNY puede acceder a toda su información médica electrónica disponible a través de las RHIO que se mencionan, y las RHIO pueden divulgar toda su información electrónica disponible a VNSNY. La información relacionada con su salud puede incluir, entre otras cosas, expedientes médicos y otra información médica relacionada, como antecedentes de enfermedades o lesiones que haya tenido (como diabetes o un hueso fracturado), resultados de estudios (como rayos X o pruebas de sangre) y listas de medicamentos que haya tomado. Esta información se puede obtener de otros proveedores y planes de seguro médico. Además, puede haber otra información disponible sobre su atención, como por ejemplo, información personal y privada que se puede utilizar para identificarlo; información sobre usted y su familia; e información financiera/de facturación.

Tenga en cuenta que la información relacionada con su salud puede relacionarse con afecciones de salud delicadas, incluyendo entre otras:

- Abuso de sustancias (problemas de consumo de drogas y alcohol)
- Control de la natalidad y aborto (planificación familiar)
- Cáncer
- Enfermedades o pruebas genéticas (heredadas), incluyendo información sobre pruebas de predisposición genética
- VIH SIDA
- Enfermedades mentales; retraso mental y discapacidades del desarrollo
- Enfermedades contagiosas, incluyendo enfermedades venéreas y enfermedades de transmisión sexual.

### **Autorización**

Su consentimiento por escrito para participar en los Intercambios de información médica se solicitará en un Formulario de consentimiento por separado.

## Carta de derechos y responsabilidades del afiliado

---

### 1. Sus derechos como afiliado al Plan de atención médica administrada a largo plazo de VNSNY CHOICE

Su salud, seguridad y bienestar son la principal preocupación del equipo de personal dedicado que lo atiende en este programa. Como paciente, usted tiene ciertos derechos y es importante que los entienda. Pida a su Administrador de Atención o a cualquier miembro de su equipo de VNSNY CHOICE que le explique sus derechos si tiene alguna pregunta. Como paciente de VNSNY CHOICE, usted tiene derecho a:

- Ser tratado con dignidad, consideración y respeto en todo momento. Esto incluye garantizar que se respete su privacidad hasta donde sea posible.
- Recibir toda la información que necesita, de su médico, de su Administrador de Atención o de otros proveedores, para que pueda dar su consentimiento informado antes de comenzar cualquier tratamiento.
- Tener acceso a su expediente clínico.
- Ser informado acerca de todos sus diagnósticos y pronósticos médicos, así como de toda la atención y tratamientos que sean recomendados a usted por VNSNY CHOICE, por su médico, o por cualquier otro proveedor.
- Recibir información en un idioma o formato que usted pueda entender.
- Participar en su atención y a planificar su atención.
- Ser notificado con anticipación de cualquier cambio a su plan de atención.
- Ser informado sobre la propiedad y control de la agencia.
- Tener acceso a servicios profesionales 24 horas al día, 365 días al año.
- Que todos sus expedientes médicos se mantengan confidenciales hasta donde lo permite la ley.
- Recibir educación sobre VNSNY CHOICE y los beneficios y servicios cubiertos por el Plan.
- Saber cuáles servicios y productos están disponibles a través de VNSNY CHOICE.
- Ser informado sobre todos los servicios que la agencia suministrará, cuándo y cómo serán suministrados dichos servicios.

- Ser informado sobre su obligación de pagar un excedente Medicaid, si es una condición para elegibilidad con Medicaid. Usted tiene el derecho de ser informado verbalmente y por escrito antes de la admisión en la agencia, y tan pronto como sea posible, pero a más tardar 30 días calendario a partir de la fecha en que la agencia adquiere conocimiento de un cambio en el valor que usted debe.
- Conocer los nombres, títulos y responsabilidades de las personas que le suministran atención.
- Que su propiedad sea tratada con respeto.
- Saber que el seguro de responsabilidad civil de VNSNY CHOICE cubre a sus empleados mientras ellos están en su casa.
- Recibir servicios sin considerar la raza, credo, color, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género, expresión de género, estado de veterano, discapacidad o estado de salud.
- Estar libre de abuso o explotación de cualquier tipo.
- Presentar una queja o recomendar cambios en las políticas o servicios de VNSNY CHOICE.
- Tener la libertad de presentar una queja sin que se afecte su atención y servicios y a que le den información sobre los procedimientos para quejas. Le pedimos que colabore con nosotros para resolver cualquier problema con su atención; sin embargo, usted tiene el derecho de presentar una queja directamente ante el Departamento de Salud del Estado llamando al 1-866-712-7197.
- Preparar instrucciones anticipadas, que suministrarán indicaciones a sus proveedores de servicio médico en el futuro, si usted queda inhabilitado para dar a conocer sus deseos debido a enfermedad o lesión.
- Ser remitido a otro programa para servicios médicos si termina su afiliación con VNSNY CHOICE.
- Rechazar toda la atención o parte de ella después de conocer todos los hechos acerca de las consecuencias médicas de esta decisión.
- Tiene derecho a finalizar su afiliación en cualquier momento.
- Saber que todo el personal que presta la atención y servicios a nombre de la agencia conoce sus derechos y tiene la responsabilidad de proteger y promover el ejercicio de esos derechos.
- Hacer que esos derechos sean ejercidos por un individuo, tutor o cualquier otra entidad que esté legalmente autorizada para representarlo, si usted no puede hacerlo por sí mismo debido a sus condiciones de salud.
- Usted tiene derecho de buscar ayuda del Programa de Defensa del Participante.

## **2. Sus responsabilidades como afiliado del plan de atención médica administrada a largo plazo de VNSNY CHOICE**

Al igual que con cualquier programa, usted también tiene ciertas responsabilidades cuando recibe atención de VNSNY CHOICE. Son importantes para ayudarnos a suministrarle la mejor atención posible. Acá, brevemente, están sus principales responsabilidades:

- Hable con su Administrador de Atención sobre los servicios que necesita. En muchos casos, los servicios que recibe de VNSNY CHOICE requieren la aprobación de su médico o de su Administrador de Atención antes de recibir la atención.
- Si usted viaja fuera de la ciudad, hágalo saber a su Administrador de Atención antes de salir. Los servicios que usted está recibiendo en su hogar y en su comunidad serán cancelados temporalmente. Además, si necesita asistencia mientras se encuentra lejos, puede hacer arreglos para su atención mientras usted viaja.
- Si usted tiene una emergencia, consiga atención inmediatamente. Sin embargo, por favor intente informarnos dentro de las siguientes 24 horas, o tan pronto como sea posible, de manera que podamos estar seguros de que los servicios que usted recibe de VNSNY CHOICE se ajusten para cualquier cambio en su estado de salud.
- Hacer todos los esfuerzos posibles para pagar a VNSNY CHOICE cualquier responsabilidad económica del paciente (Spendedown) que usted deba. La responsabilidad económica del paciente (Spendedown) se basa en las regulaciones sobre elegibilidad para Medicaid y está determinada por la Administración de Recursos Humanos de la Ciudad de Nueva York (New York City Human Resources Administration - HRA). Quizás desee comunicarse con el Departamento de Servicios Sociales o Administración de Recursos Humanos (DSS o HRA) local para hablar sobre las reglas de elegibilidad para Medicaid y sobre cómo se determina la responsabilidad económica (Spendedown). Su Administrador de Atención estará encantado de ayudarle con esto. Sencillamente llame al número de teléfono de VNSNY CHOICE que se encuentra en la portada de su manual de miembro, durante horas hábiles.
- Llame a VNSNY CHOICE siempre que tenga una pregunta en relación con su afiliación o cuando necesite ayuda.
- Asegúrese de seguir las políticas y procedimientos que se indican en su manual de miembro de VNSNY CHOICE. Estas incluyen su responsabilidad para recibir todos sus beneficios cubiertos a través del programa VNSNY CHOICE y de los proveedores que se indican en el Directorio de Proveedores de VNSNY CHOICE.

## Políticas de Autodeterminación del Paciente

---

### Para implementar los derechos del paciente de participar en decisiones respecto del cuidado de la salud

El Plan de salud VNSNY CHOICE proporciona esta declaración de conformidad con la Ley federal de autodeterminación del paciente de 1990 y las leyes del estado de Nueva York que regulan la toma de decisiones respecto del cuidado de la salud. Estas leyes exigen que las agencias de salud en el hogar proporcionen información por escrito a cada paciente adulto admitido en la agencia para recibir atención, en cuanto a las políticas de la agencia para la implementación de los derechos del paciente de tomar decisiones respecto del cuidado de la salud y formalizar instrucciones anticipadas. Estos derechos se analizan con más detalle en los materiales adjuntos.

VNSNY CHOICE respeta los derechos de cada adulto de participar en la toma de decisiones respecto del cuidado de la salud en su máxima capacidad y todos los derechos de conformidad con las leyes del estado de Nueva York y ha establecido políticas y procedimientos específicos para asegurar que las decisiones respecto del cuidado de la salud del paciente se cumplan.

1. **Información para el paciente:** VNSNY CHOICE proporciona la siguiente información escrita a cada afiliado al momento de la inscripción:
  - a. **“Cómo tomar decisiones sobre su atención médica: Información para los pacientes”** (consulte la Página 10)
  - b. Dos folletos preparados por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (New York State Department of Health). Estos son **“Cómo planificar anticipadamente su tratamiento médico”** (consulte la Página 13) y **“Cómo designar a su Agente de atención médica – Ley de representantes del Estado de Nueva York”** (consulte el documento separado y formulario adjunto en su Paquete de bienvenida)
  - c. Este documento es la política de VNSNY relacionada con el derecho de cada afiliado a tomar sus decisiones de salud y a formular instrucciones anticipadas.
2. **Definiciones:** las “instrucciones anticipadas” son instrucciones por escrito relacionadas con la atención médica proporcionada cuando un adulto sufre de una discapacidad, incluso, pero sin limitarse a, un poder de salud, un testamento en vida y un consentimiento o una solicitud para emitir una orden para no resucitar.



- a. Poder para Cuidado de la Salud:**  
documento que delega a otro adulto, conocido como el agente de cuidado de la salud, la autoridad para tomar decisiones respecto del cuidado de la salud en nombre de la persona, si esa persona en el futuro no fuera capaz de tomar sus propias decisiones en términos del cuidado de la salud.
  - b. Testamento en Vida:**  
documento que contiene instrucciones concretas en cuanto a los deseos de la persona sobre el tipo de alternativas para el cuidado de la salud y tratamientos que la persona quiere o no recibir, pero que no nombra a un agente para tomar decisiones en materia de cuidado de la salud.
  - c. Consentimiento o solicitud de emisión de una orden para no resucitar:**  
un testamento en vida que consiente o solicita una orden del médico para no resucitar (Orden DNR). De conformidad con dicha ley, los proveedores de atención médica no deben intentar la resucitación cardiopulmonar (RCP) en caso de que el afiliado sufra un paro cardíaco o respiratorio. La solicitud de dicha orden se puede expresar en un poder de cuidado de salud o testamento en vida.
- 3. Documentación:** VNSNY CHOICE documenta en el expediente médico si el afiliado ha ejecutado una instrucción anticipada. Si se pone a la disposición de VNSNY CHOICE, se debe incluir una copia de la instrucción anticipada en el expediente médico del afiliado.
  - 4. Cumplimiento con la ley:** VNSNY CHOICE cumple con todas las leyes del Estado de Nueva York relacionadas con instrucciones anticipadas, incluyendo estatutos y decisiones de la corte.
  - 5. No discriminación:** VNSNY CHOICE no condiciona el aprovisionamiento de atención o discrimina de otro modo contra ninguna persona con base en si la persona ha ejecutado o no una instrucción anticipada.
  - 6. Educación:** VNSNY CHOICE imparte educación al personal sobre asuntos relacionados con la toma de decisiones de los afiliados.

## Toma de decisiones sobre su atención médica

---

### Información para los Afiliados

Esta información se distribuye de conformidad con una ley federal llamada Ley de autodeterminación del paciente. Esta ley está diseñada, junto con las leyes del estado de Nueva York, para proteger sus derechos a tomar decisiones sobre su atención médica e incluye el derecho a aceptar o rechazar tratamiento. También tiene derecho a nombrar a otra persona para que tome decisiones en su nombre si usted no pudiera hacerlo por usted mismo.

### Como adulto, usted tiene los siguientes derechos:

- Tiene derecho a elegir qué tratamiento médico quiere o no quiere ahora o en el futuro.
- Tiene derecho a nombrar a otra persona para que tome sus decisiones en su nombre sobre atención médica si usted no pudiera hacerlo por usted mismo en el futuro.
- Puede tomar decisiones sobre la atención médica que conoce al informar a su médico o estipular sus decisiones por escrito.
- Puede cambiar de opinión en cualquier momento.

## ESTE FOLLETO LE INFORMA CÓMO TOMAR DECISIONES SOBRE SU ATENCIÓN MÉDICA

### ¿Por qué debo participar en las decisiones sobre mi atención médica?

Su atención médica le afecta sobre todo a usted mismo más que a nadie, de modo que usted debe participar en las decisiones sobre su atención médica.

### ¿Cómo puedo participar en las decisiones sobre mi atención médica?

Hable con su médico o con su Administrador de Atención sobre las opciones que desea elegir. Haga preguntas y haga saber sus preferencias a quienes están involucrados en su atención. Hábleles sobre lo que desea ahora, pero también sobre lo que desea para el futuro si alguna vez pierde la capacidad de tomar sus propias decisiones de atención médica. Usted puede proteger sus derechos al escribir sus deseos y pedir que dos testigos firmen ese documento, que se conoce como documento de instrucciones anticipadas (advance directive).

### ¿Qué es un documento de instrucciones anticipadas?

Un documento de instrucciones anticipadas es un documento en el que usted escribe lo que quisiera que se hiciera si en el futuro no puede tomar decisiones médicas por usted

mismo. En el estado de Nueva York, un documento que autoriza a otro adulto a tomar decisiones de atención médica en nombre de usted se denomina Representante para atención médica (Health Care Proxy). Un documento que da instrucciones específicas a su médico y a otras personas involucradas en su tratamiento se denomina testamento (living will). Puede tener un solo documento en el que autoriza a alguien y, a la vez, tenga instrucciones específicas.

### **¿Qué determina si no tengo la capacidad de tomar decisiones de atención médica?**

De conformidad con la ley, se supone que usted es capaz de tomar decisiones sobre su atención médica, a menos que su médico, a veces con la ayuda de otros médicos, decida que no tiene la capacidad de entender las decisiones de atención médica que debe tomar o los riesgos y beneficios de decisiones alternativas.

### **¿Quién tomará las decisiones de atención médica en mi nombre?**

Si no designa a alguien, cualquier persona que participe en su atención o un tribunal podría terminar por tomar decisiones por usted.

### **¿Quién debe cumplir con lo estipulado en mis instrucciones anticipadas?**

Siempre que sus deseos cumplan con la ley, cualquier persona involucrada en su atención debe obedecer sus deseos o intentar buscar a alguien que lo haga.

### **¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con mi médico?**

Su médico le tratará de acuerdo con lo que considera que es mejor para usted. Si usted y su médico no pueden ponerse de acuerdo sobre su atención médica, usted puede buscar otro médico.

### **¿Qué debo decir en mis instrucciones anticipadas?**

Usted puede decir lo que desee, pero es mejor designar a alguien y hablar de las siguientes preguntas con esa persona. También puede poner sus sentimientos por escrito en sus instrucciones anticipadas.

- ¿Desea que se le resucite si deja de respirar o su corazón deja de latir?
- ¿Desea que se le conecte a un pulmón artificial (ventilador o respirador) para restablecer su respiración si no puede respirar por usted mismo?
- ¿Desea que se le alimente con sonda (recibir nutrición e hidratación artificiales) si no se le puede alimentar de otro modo?
- ¿Quiere medicamentos, como analgésicos, aunque provocaran que muriera más rápidamente?
- ¿Desea usted tomar medicamentos, como analgésicos, incluso si provocan que muera más lentamente?

### **¿Debo tener instrucciones previas?**

No, pero es bueno tenerlas para que todos aquellos involucrados en su atención médica sepan lo que usted quiere si alguna vez no pudiera tomar decisiones por usted mismo sobre su atención médica.

### **¿Cómo escribo las instrucciones anticipadas?**

Puede escribir sus deseos en una hoja de papel o pedirnos un formulario. Debe fechar el documento y dos personas deben firmar como testigos.

### **¿Qué debo hacer con mis instrucciones anticipadas?**

Usted debe entregar una copia a la persona que designe para tomar sus decisiones de atención médica por usted, a su médico, a su familia y a cualquier persona que pueda estar involucrada en su atención médica.

### **¿Qué sucede si deseo cambiar mis instrucciones anticipadas?**

Puede cambiar o cancelar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento. Puede escribir nuevas instrucciones anticipadas, destruir las anteriores o informar a las personas involucradas en su atención que ha cambiado de opinión. Debe informar a todos a quienes participó sus deseos anteriores que ahora han cambiado. Es especialmente importante que haga saber a su médico o a su Administrador de Atención de cualquier cambio en sus decisiones.

### **¿Cómo puedo asegurarme de que mis instrucciones anticipadas sean legales?**

Nuestro formulario cumple los requisitos de las leyes del estado de Nueva York. Si sigue las instrucciones en ese formulario, sus instrucciones anticipadas deberían ser legales en el estado de Nueva York. También puede pedirle a un abogado que le ayude a redactar las instrucciones anticipadas o a revisar la que usted ya ha redactado. En este momento, no existe un formulario de instrucciones previas que sea válido en los 50 estados.

### **¿Qué sucede si necesito más información sobre las instrucciones anticipadas?**

Pregúntenos e intentaremos responder sus preguntas o remitirlo a alguien que pueda ayudarlo.

Esta información se distribuye de conformidad con la Ley de Autodeterminación del Paciente (42 U.S.C., Secciones 1395cc y 1396a(a)) y también cumple los requisitos de las leyes del estado de Nueva York.

## Planificación anticipada de su tratamiento médico

---

### Su derecho a decidir sobre el tratamiento

Los adultos en el estado de Nueva York tienen el derecho de aceptar o rechazar un tratamiento médico, inclusive un tratamiento de soporte vital. Nuestra Constitución y las leyes estatales protegen este derecho. Esto significa que usted tiene derecho a solicitar o aceptar un tratamiento, rechazar un tratamiento antes de que comience y a que un tratamiento se detenga una vez que ha comenzado.

### Planificación anticipada

A veces, debido a una enfermedad o lesión las personas no pueden hablar con un médico y tomar decisiones respecto de un tratamiento por ellas mismas. Puede planificar por adelantado para asegurarse de que sus deseos respecto de tratamiento se cumplan si no puede tomar decisiones por usted mismo por un período breve o prolongado. Si no planifica en forma anticipada, es posible que no se permita a sus familiares o a otras personas cercanas a usted que tomen decisiones en su nombre y cumplan sus deseos.

En el estado de Nueva York, designar a alguien en quien confíe para decidir sobre su tratamiento si usted no fuera capaz de hacerlo es la mejor forma de proteger sus deseos e inquietudes en términos de tratamiento. Usted tiene derecho a designar a alguien al completar un formulario llamado Poder para Cuidado de la Salud. Puede solicitar una copia del formulario e información acerca del Poder para Cuidado de la Salud a su proveedor de cuidado de la salud.

Si no tiene a nadie a quien pueda designar para que tome decisiones en su nombre, o no quiere designar a nadie, también puede dar instrucciones específicas sobre el tratamiento en forma anticipada. Dichas instrucciones pueden ser por escrito y con frecuencia se conocen como Testamento en Vida.

Debe entender que es posible que las instrucciones generales acerca del rechazo de tratamiento, incluso escritas, no sean eficaces. Sus instrucciones deben cubrir claramente las decisiones sobre tratamiento que se deben tomar. Por ejemplo, si solo escribe que no desea “medidas heroicas”, es posible que las instrucciones no sean suficientemente específicas. Debe decir el tipo de tratamiento que no desea, como un respirador o quimioterapia y describir la afección médica para la cual se rehusaría a un tratamiento, como por ejemplo, si tiene una enfermedad terminal o está inconsciente de forma permanente sin esperanza de recuperación. Usted también puede dar sus instrucciones verbalmente al discutir sus deseos de tratamiento con su médico, familiares u otros cercanos a usted.

Escribir sus deseos es más seguro que solo hablar con las personas, pero ningún método es tan eficaz como designar a alguien para que decida por usted. Por lo general, es difícil que las personas sepan por anticipado qué les sucederá o qué necesidades médicas tendrán en el futuro. Si elige a alguien para que tome decisiones por usted, esa persona puede hablar con su médico y tomar las decisiones que cree que usted habría deseado o que son mejores para usted, cuando sea necesario. Si nombra a alguien y también tiene instrucciones sobre tratamiento en un Testamento, en el espacio provisto en el formulario Poder para Cuidado de la Salud o de alguna otra manera, la persona que seleccione puede usar estas instrucciones como orientación para tomar la decisión correcta por usted.

### **Decisión sobre resucitación cardiopulmonar y DNR**

Su derecho a decidir sobre un tratamiento también incluye el derecho a decidir respecto de la resucitación cardiopulmonar (RCP). RCP es un tratamiento de emergencia para restablecer las funciones del corazón y los pulmones si deja de respirar o ya no tiene circulación. A veces, los médicos y los pacientes deciden por anticipado que no se debe administrar RCP y el médico da al personal médico una orden de no resucitar. Si su afección física o mental no le permite decidir sobre la administración de RCP, una persona que usted designe, sus familiares u otras personas cercanas a usted pueden decidir. Puede solicitar a su proveedor de cuidado de la salud un folleto sobre RCP y sus derechos de conformidad con la ley del estado de Nueva York.

### **Decisión sobre DNI**

No intubar (DNI) significa que no se deben colocar sondas en la garganta en caso de dificultades respiratorias o un paro respiratorio. Si deja de respirar, no se le conectará a un respirador mecánico y no se iniciará la inserción de una sonda o de ventilación mecánica.

La orden DNI puede ser una directriz anticipada independiente de la orden DNR, pero en la mayoría de los casos se emiten juntas.

## **Declaración de asistencia personal dirigida por el consumidor**

---

### **Declaración de asistencia personal dirigida por el consumidor (CDPAS)**

El 1 de noviembre de 2012, Servicios de Asistencia Personal Administrados (Consumer Directed Personal Assistance Services, CDPAS) pasó a ser un beneficio cubierto de la atención administrada a largo plazo de VNSNY CHOICE.

CDPAS ofrece asistencia parcial o total con los siguientes servicios: cuidado personal, asistencia para la salud en el hogar y enfermería especializada. Estos servicios son proporcionados por un asistente personal dirigido por el consumidor bajo la supervisión de un afiliado (consumidor) o el representante designado del afiliado.

Hay normas de elegibilidad y responsabilidades específicas asociadas con este servicio.

Pregunte más detalles al Administrador de Atención.

220 East 42nd Street, 3rd Floor  
New York, NY 10017

**Servicios al Afiliado de VNSNY CHOICE MLTC**  
**1-888-867-6555 (TTY: 711)**  
las 24 horas del día, los 7 días de la semana

[vnsnychoice.org/for-our-members](http://vnsnychoice.org/for-our-members)

