Cancer Legal Resource Center
A DRLC PROGRAM

Manual Legal del Paciente de Cancer Legal Resource Center

Telephone
(866) THE-CLRC (843-2572)

Website theclrc.org

Sponsored by

American Cancer Society®

Breakaway from Cancer®

Una Carta de Nuestro Equipo

Estimados amigos,

Al pensar acerca del cáncer, muchas veces consideramos solamente las palabras médicas comunes como prevención, examen, tratamiento, y efectos secundarios. Sin embargo, como usted ya podrá saber, el cáncer puede significar una carga considerable en muchos aspectos de la vida del paciente, incluyendo las finanzas, el empleo, seguros, y vivienda, sin mencionar la carga que puede significar para la familia. Aunque no se necesita la ayuda de un abogado para tener acceso al cuidado de la salud o conservar el trabajo de una persona, demasiadas veces requiere conocimiento e información legal.

El Centro de Recursos Legales de Cáncer (CLRC, por sus siglas en inglés) fue fundado en 1997 como un programa de Disability Rights Legal Center (DRLC) en Los Ángeles, California, como una manera de abordar los asuntos legales únicos que enfrentan los pacientes de cáncer a través de los Estados Unidos. Creemos que tener un poco de conocimiento acerca de los asuntos legales más comunes que enfrentan aquellos afectados con cáncer, puede ayudar considerablemente para prevenir dificultades legales o financieras importantes en el futuro, y apoderar a los pacientes a defender sus derechos por ellos mismos, ojalá antes de que necesiten contratar a un abogado. Nuestro programa se enfoca primeramente en el paciente y de proporcionar educación, y también contamos con un plantel de abogados en todo el país para referencia para asuntos más complicados.

Hemos escuchado las historias de miles de pacientes, proveedores de cuidado y familiares. Una de las cosas más desgarradoras que hemos oído de los sobrevivientes es que desean que ellos hubieran sabido acerca del CLRC y la información legal que proporcionamos cuando primero fueron diagnosticados. Como resultado de estas historias, hemos creado este manual para subrayar muchas de las preguntas frecuentes que oímos de los pacientes y sus familias. Esperamos algún día asegurar que toda la gente que haya sido diagnosticada recientemente con cáncer tenga acceso a este manual y que estén al

tanto de que existen recursos disponibles que ofrecen ayuda.

Desde nuestra fundación, hemos ofrecido información y recursos a más de 500 mil personas que viven con cáncer, sus proveedores de cuidado, sobrevivientes y profesionales de la salud por medio de eventos de alcance al público, talleres de trabajo, seminarios de web, conferencias, nuestra línea telefónica de asistencia nacional y materiales impresos. Si usted tiene preguntas adicionales que no tengan respuesta en este manual, por favor comuníquese con nosotros para presentar sus preguntas legales relacionadas con el cáncer en línea en **www.clrcintake.org** o déjenos un mensaje en el 866-THE-CLRC (866-843-2572). Si tiene un asunto legal urgente o complicado, por favor, comuníquese con un abogado u organización de ayuda legal en su área. Por favor, también visite **theclrc.org** para explorar nuestra biblioteca gratuita de folletos y seminarios digitales en línea con información más detallada.

Esperamos seguir atendiendo a la comunidad de cáncer y esperamos que usted encuentre útil este recurso.

Atentamente,

El Equipo del Centro de Recursos Legales de Cáncer (CLRC)

---

*Este manual tiene la intención de proporcionar información general que no necesariamente se aplicará a cada paciente individual y no es ni puede constituir consejo legal o médico. Si tiene un asunto legal urgente o complicado, por favor, comuníquese con un abogado u organización de ayuda legal en su área, o visite **theclrc.org** para explorar nuestra biblioteca gratis de folletos y seminarios web en línea con inforrmación más detallada. También puede presentar sus preguntas legales relacionadas con el cáncer en línea en **www.clrcintake.org** o déjenos un mensaje en 866-THE-CLRC (866-843-2572).*

*Agradecimientos especiales a Connor Hannigan, Tina Segura, Natalie Rondon, el Consejo de Asesoría de CLRC por sus contribuciones a este manual y a Allied Interpreting Service, Inc. y a Roberto Torres por proporcionar la traducción al español. Las actualizaciones a este manual se hicieron en parte gracias al patrocinio de American Cancer Society y de Breakaway from Cancer. Para información adicional relacionada con el cáncer, visite **www.cancer.org/es** o **www.breakawayfromcancer.com**.*

Tabla de Contenidos

Una Carta de Nuestro Equipo....ii

Trabajo

Tomar Tiempo Libre del Trabajo....01
Mantención del Empleo Durante y Después de un Tratamiento Médico....02
Agotamiento de Permiso Médico o Tiempo de Enfermedad....03
Solicitud de trabajo con un Historial de Cáncer....03

Cobertura de Salud

Entendiendo el Plan de Cobertura de Salud....05
Apelación de Denegaciones de Reclamos de Plan de Salud....06
Opciones al Estar Descontento(a) con su Cuidado....07
Sepa Cómo un Diagnóstico de Cáncer o Información Genética Afecta el Seguro....08
Conozca Acerca de los Estudios Clínicos....09
Acceso a Medicamentos con Receta....10
Obtención de un Nuevo Seguro de Salud....11
Entendiendo las Opciones de Cobertura de Salud de Medicare....13
Obtención de Cobertura de Salud para Hogares de Escasos Recursos....14
Mantención del Seguro de Salud después del Término del Empleo....14

Finanzas

Pago de Cuentas al no Poder Trabajar....16
Manejo de Deudas....17
Entendiendo los Derechos de Vivienda....18

Asuntos del Término de la Vida

Entendiendo Opciones del Fin de la Vida para personas con Enfermedades Terminales....19
Planes para los Seres Queridos Después de la Muerte....20
Asegurar que los Deseos se Cumplan....21

Misceláneo

Recursos para Proveedores de Cuidado....24
Inquietudes y Beneficios de No Ciudadanos Estadounidense....25

Agradecimientos Especiales....26

Trabajo

Tomar Tiempo Libre del Trabajo

La Ley de Permiso Familiar y Médico (FMLA, por sus siglas en inglés) da derecho a los empleados calificados de tomar hasta 12 semanas de permiso protegido sin pago por beneficio de trabajo y de salud por año. Este permiso se puede tomar todo de una vez o en segmentos menores. La ley FMLA se aplica a todos los empleadores públicos, y a empleadores privados con 50 o más empleados. Un trabajador califica si todos los siguientes requisitos se reúnen

- El empleado(a) ha trabajado para su empleador por lo menos 12 meses, y
- El empleado ha trabajado por lo menos 1,250 horas dentro de los últimos 12 meses, y
- El empleado ha trabajado en un local de la compañía con 50 o más empleados dentro de un radio de 75 millas.

El empleado califica para recibir hasta 12 semanas de permiso sin pago cada año por cualquiera de las siguientes razones:

- La llegada de un nuevo hijo a la familia, por nacimiento, adopción, o acogida en el hogar
- El cuidado de un familiar inmediato, tal como un cónyuge, hijo o padre, en una condición de salud grave que requiera el cuidado de un médico
- La incapacidad del empleado de trabajar debido a una condición de salud grave.

Siga las siguientes reglas para solicitar un permiso FMLA:

Sponsored by American Cancer Society

- De aviso de por lo menos 30 días de anticipación, o avise lo más pronto posible,
- suficiente información para justificar la necesidad de permiso FMLA, con la fecha y duración esperada,
- Si lo requiere el empleador, llene un Formulario de Certificado Médico FMLA u otro formulario de certificado médico. El proveedor de cuidado de la salud puede necesitar completar un formulario de certificado para verificar la condición de salud del empleado.

Si usted no califica para permiso FMLA, aún puede tener derecho a un permiso médico bajo la ley estatal o las normas de su empleador. Verifique con CLRC o su representante de ecursos Humanos.

Para más información, llame (202) 693-0066 para hablar con el Departamento del Trabajo, Ley de Permiso Médico Familiar, o visite www.dol.gov. Los empleados Federales deben comunicarse con la Oficina de Administración de Personal (OPM, por sus siglas en inglés) para preguntas relacionadas con el permiso FMLA en www.opm.gov o llamando al (202) 606-7400.

Consejo Práctico

La revelación de su diagnóstico de cáncer a su empleador es una decisión personal. Si usted no desea revelar su diagnóstico a su empleador, pídale a un doctor distinto de su oncólogo que certifiqu su necesidad de permiso médico y que solamente comunique la información suficiente para dejar e claro que usted no puede trabajar debido a que tiene una condición de salud grave.

Mantención del Empleo Durante y Después de un Tratamiento Médico

Aunque algunas personas continúan trabajando durante los tratamientos de cáncer, otros necesitan tiempo libre u horarios fl xibles. Dependiendo del tamaño de la compañía empleadora, un trabajador con cáncer puede tener derecho a protección tanto bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) como la ley FMLA. También, la mayoría de los estados tienen leyes de igualdad en el empleo que proporcionan protección a los empleados con discapacidades en negocios muy pequeños.

La ley ADA también se aplica a negocios con 15 o más trabajadores y requiere que los empleadores realicen cambios razonables en el ambiente de trabajo o la política de trabajo (llamados acomodaciones) para que el empleado o empleada con una discapacidad (tal como cáncer) pueda efectuar las funciones esenciales de su trabajo. Esto se aplica siempre y cuando las acomodaciones no creen una dificulta indebida para el empleador al ser demasiado caro, inconveniente o que cambie fundamentalmente las funciones de trabajo del empleado. Las acomodaciones razonables pueden incluir tiempo fl xible, trabajo desde la casa, uso de equipo especial, o tiempo libre, sin embargo, lo

Sponsored by American Cancer Society

Consejo Práctico

Si usted reúne los requisitos para acomodaciones razonables en el trabajo, es impprtante solicitarlas antes de que se afecte su desempeño de trabajo. Si su empleador no sabe acerca de su necesidad de acomodación y su trabajo se afecta, su empleador podría tomar acciones negativas en su contra, incluyendo advertencias escritas e incluso el despido del empleo.

que se considera "razonable" varía dependiendo de la acomodación solicitada, la naturaleza del trabajo del empleado, el tamaño/recursos del empleador, y otros factores.

Mantenga registros de todas las conversaciones con el empleador y/o recursos humanos sobre solicitudes de acomodación. Las conversaciones ente el empleador y el empleado (llamado el "proceso interactivo") pueden ser necesarias para determinar qué tipo de acomodación es "razonable" y cómo calzarán mejor con las necesidades de ambas partes. Para más información acerca de la ley ADA, comuníquese con la Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEOC, por sus siglas en inglés) al (800) 669-4000 o visite www.eeoc.gov/spanish. Para información adicional acerca de acomodaciones razonables, visite www.askjan.org/espanol.

Agotamiento de Permiso Médico o Tiempo de Enfermedad

A veces el permiso médico que ofrece un empleador o que esté protegido bajo la ley FMLA no es suficiente para cubrir las necesidades de tratamiento. Si un empleado o empleada agota su permiso FMLA de 12 semanas y necesita tiempo libre adicional, o de hecho no reúne los requisitos para permiso FMLA, es posible pedir una extensión del permiso médico o solicitar tiempo libre como una acomodación razonable bajo la ley ADA o la ley estatal de empleo equitativo. Recuerde que los empleadores no tienen que otorgar extensiones de permiso inde nidas o solicitudes de acomodación si la acomodación crea una dificulta indebida para el empleador. Puede ser una dificultad indebida para el empleador mantener su trabajo abierto indefinidament . Una extensión del permiso tiene más posibilidades de ser otorgada si su médico puede especificar una fecha de regreso al trabajo, tal como unos cuantos días extra o unas cuantas semanas adicionales. Para más información acerca de ADA, comuníquese con la EEOC al (800) 669-4000 o visite www.eeoc.gov/spanish.

Solicitud de trabajo con un Historial de Cáncer

La ley ADA y las leyes estales de empleo equitativo generalmente prohíben a los empleadores discriminar en contra de personas con discapacidades en todas las etapas del proceso de empleo, lo que incluye la contratación. No se permite que los empleadores le pregunten

© 2018 MANUAL LEGAL DEL PACIENTE DE CANCER LEGAL RESOURCE CENTER

a una persona si tiene o alguna vez ha tenido cáncer cuando solicite trabajo, y usted no está obligado a revelar esta información al solicitar trabajo, o una vez que ya esté contratado. Sin embargo, si usted necesita acomodaciones para solicitar trabajo, para asistir a una entrevista, o para realizar las funciones esenciales del trabajo, usted puede necesitar decirle al empleador que tiene una discapacidad para recibir una acomodación.

Sólo se requiere que los empleadores proporcionen acomodaciones razonables si éstos saben o debieran saber acerca de las necesidades de acomodación. Ellos no tienen que hacer acomodaciones para la persona que de alguna otra manera no esté calificada para el trabajo. Los empleadores no tienen que eliminar las funciones esenciales, crear nuevos trabajos, o reducir los estándares de producción para acomodar a una persona con discapacidades.Hablando en términos generales, los empleados no pueden hacer que los solicitantes tomen un examen médico antes que se les ofrezca un trabajo. Sin embargo, si a todos los empleados en trabajos similares en la compañía se les requiere pasar un examen médico, al solicitante se le puede dar una oferta de trabajo condicional, a la espera del resultado del examen médico. Un empleador no puede rechazar a un solicitante debido a inforrmación revelada por el examen médico acerca de su discapacidad, a menos que las razones para hacerlo sean relacionadas con el trabajo y necesarias para llevar a cabo negocios.

Para más información, visite la página de preguntas frecuentes de la EEOC en **eeoc.custhelp.com/app/answers/list** o llame al (800) 669-4000.

Sponsored by Breakaway from Cancer®

Consejo Práctico

No se requiere que usted le diga a su empleador nuevo o posible empleador que usted actualmente padece o anteriormente ha padecido de cáncer.

Cobertura de Salud

Entendiendo la Cobertura del Plan de Salud

Una política de seguro de salud es un acuerdo entre el comprador y la compañía de seguros. Enumera los beneficios médicos, tales como pruebas, medicamentos, y tratamiento que la compañía de seguros acuerda cubrir en términos de un porcentaje (usualmente 100, 90 o 50 por ciento) o una cantidad en dólares. También enumera los servicios no cubiertos. Lea la política detenidamente para comprender totalmente el acuerdo de cobertura. Llame a la compañía de seguros o hable con un representante de seguros acreditado sobre cualquier pregunta o inquietud.

Sponsored by American Cancer Society

Consejo Práctico

Es su responsabilidad entender su cobertura de cuidado de la sal. encuentre Y lea su política y ¡No tema hacer pregunatas!

La Ley de Cuidado Asequible (ACA, por sus siglas en inglés) requiere que todos planes de seguro médico de salud nuevos ofrezcan una “cobertura esencial mínima” que cubra los siguientes 10 beneficios de salud esenciales: servicios de emergencia; hospitalización; pruebas de laboratorio; maternidad y cuidado neonatal; servicios de salud mental y trastorno por consumo de sustancias; servicios de paciente no hospitalizado; medicamentos con receta; servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación; servicios preventivos y de bienestar, manejo de enfermedades crónicas; y servicios pediátricos.

© 2018 manual legal del paciente de cancer legal resource center

Para verificar la cobertura del plan, revise el resumen de la descripción del plan, el folleto del comprobante de cobertura disponible en línea, o llame a la compañía de seguros y pídales que le manden por correo una copia en papel de su política. Si usted está participando en un plan de seguro de salud de grupo, pídale a Recursos Humanos una descripción de los beneficios cubiertos. Usted debe familiarizarse con su cobertura de salud antes que la necesite, para evitar sorpresas y costos adicionales posteriormente.

Tenga presente que las leyes y regulaciones de seguros están en cambio constante, así que verifique con CLRC o el departamento de seguros de su estado para información actualizada.

Apelación de Denegaciones a Reclamos de Plan de Salud

Si usted tiene un seguro de salud privado y su compañía de seguros deniega un reclamo de pago o termina su cobertura de salud, existen opciones para apelar. Cuando una compañía de seguros recibe una solicitud, se requiere que la revise y que explique su decisión. También debe hacerle saber cómo apelar su decisión. Las leyes de seguros requieren que este proceso se lleve a cabo oportunamente. A continuación, se encuentran dos maneras de apelar la denegación de un reclamo de plan de salud:

1. **Apelación Interna**
   Usted tiene derecho a una apelación interna si se le deniega un reclamo, Pídale a la compañía de seguros que lleve a cabo una revisión completa y justa de su decisión. Si el reclamo es urgente, la compañía de seguros debe acelerar este proceso y generalmente tiene que responder dentro de 72 horas. Para cursar una apelación interna, complete todos los formularios requeridas por el asegurador de salud, o escriba una carta al asegurador. Asegúrese de incluir su nombre, número de reclamo, y el número de identificación del seguro de salud. Presente cualquier inforrmación relevante adicional, tal como las cartas del médico. Este proceso de apelaciones internas puede variar dependiendo de la compañía de seguros y el tipo de póliza de seguros.

2. **Revisión Externa**
   Si la apelación interna falla, pida una revisión médica independiente o apelación externa por medio de un tercero. En situaciones urgentes, solicite una revisión externa incluso si el proceso de apelación interno no se ha completado. Las solicitudes de revisión externa deben estar por escrito y necesitan llenarse dentro de 60 días, dependiendo del proceso de su estado. La notificación que mande el plan de salud debe establecer un marco de tiempo para solicitar

esta revisión. Durante el proceso de revisión externa, la persona que revisa es independiente de la compañía de seguros y revisa la información y toma una decisión vinculante sobre la cobertura y/o pago. Comuníquese con el departamento de seguros de su estado para más información sobre el proceso de revisión externo en www.naic.org/state_web_map.htm.

Opciones al Estar Descontento(a) con su Cuidado

Usted puede desear expresar su descontento con el cuidado (o falta de cuidado) que usted recibió de su médico u otros proveedores de cuidado de la salud para prevenir que contratiempos similares afecten a otros. También puede sentir que los profesionales que usted crea que lo lastimaron deben asumir su responsabilidad. Hay varias maneras en que usted puede hacer un seguimiento de sus quejas:

Comunicaciones informales:

- Usted puede querer hablar con su médico acerca de su queja. La mayoría de los doctores quieren oír acerca de la insatisfacción del paciente directamente del paciente.
- Usted puede procurar opiniones médicas adicionales (“segunda opinión”) de diferentes médicos. Sin embargo, los costos de una segunda opinión no siempre las cubre su seguro.

Quejas al Consejo Médico:

- Comuníquese con el consejo médico de su estado u otra junta de acreditación, la cual supervisa la acreditación y regulación de los médicos, cirujanos, enfermeras y otros profesionales del cuidado de la salud, para presentar una queja.
- Sea lo más claro posible en su queja. Generalmente, se le requerirá firma una autorización de revelar información médica al consejo para que revisen los registros médicos relevantes.
- Un analista, investigador y/o revisador profesional investigará su queja. Si el consejo siente que lo trataron de manera muy desviada de los estándares de la comunidad (tales como cuidado imprudente, no ético o peligroso), entonces el asunto generalmente se manda al procurador general del estado, quien entablará una queja administrativa formal.
- Si usted presenta una queja ante un consejo médico, generalmente no recuperará ningún gasto médico ni recibirá un laudo monetario, pero usted puede prevenir que se haga daño a otros pacientes.
- Para ver un listado de consejos médicos del estado, por favor, visite el sitio web de la Federación del Consejo Médico Estatal: www.fsmb.org/state-medical-boards/contacts

Demanda por Negligencia Médica:

- Hay varias formas de demandas que se pueden entablar para procurar un laudo monetario de un proveedor de cuidado de la salud que usted o sus seres queridos crean que ha causado daño. Hay límites de tiempo estrictos para presentar las quejas (llamados ley de prescripción).

- **NEGLIGENCIA MÉDICA:**
  - Las demandas por negligencia médica presumen que un proveedor de cuidado de la salud falló en tratar a un paciente con el tipo de cautela y pericia usada por la mayoría de los practicantes médicos en las mismas o similares circunstancias, causando daño al paciente.
  - Pare tener éxito en una demanda de negligencia médica, el paciente debe tener una opinión pericial experta para fundamentar su reclamo y probar un daño significativ .

- **ABUSO DE ANCIANOS:**
  - Muchos estados tienen leyes que permiten demandas en contra de proveedores de cuidado de la salud, quienes, en el transcurso de su cuidado profesional, descuidaron las necesidades básicas de personas ancianas.
  - Estas demandas se pueden continuar incluso después de su muerte, y las pueden procesar quienes sobrevivan al paciente.

- **MUERTE POR NEGLIGENCIA:**
  - Cuando una persona muere debido a la negligencia de un tercero, los familiares que sobrevivan al paciente pueden entablar una demanda por muerte por negligencia para procurar un laudo monetario, como compensación por la pérdida de sustento, pérdida de ingresos que el ser querido hubiera podido compartir su él/ella hubiera sobrevivido, y para compensar por otros daños financieros
  - Los elementos de prueba por muerte por negligencia son esencialmente los mismos que en una negligencia médica. Estos reclamos a menudo se cursan al mismo tiempo.

Sponsored by American Cancer Society®

Consejo Práctico

Si usted piensa que su médico cometió un error y desea entablar una demanda, comuníquese con abogado de negligencia médica lo más pronto posible para que usted no pierda la fecha de vencimiento para entablar demandas en su estado.

Sepa Cómo un Diagnóstico de Cáncer o Información Genética Afecta el Seguro

Las leyes federales que protegen en contra de discriminación genética se explican a continuación:

- La Ley de No Discriminar por Información Genética (GINA, por sus siglas en inglés) prohíbe la discriminación genética tanto en el empleo como en el seguro de salud. La ley GINA define la información genética como el historial médico familiar, los resultados de las pruebas genéticas de uno mismo o de un familiar, y el uso de servicios genéticos.

El estado de salud actual de una persona o enfermedades y condiciones que esta haya desarrollado no son información genética. No se les permite a las compañías de seguro de salud denegar o reducir cobertura o cobrar más basándose en información genética. La ley GINA no corresponde a la Administración de salud de Veteranos Militares (VA, por sus siglas en inglés), el Servicio de Salud Indígena (HIS, por sus siglas en inglés), el sistema de salud militar TRICARE o el Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales, aunque otras leyes proporcionan protección. La ley GINA tampoco corresponde al seguro de vida, de cuidado a largo plazo, o de discapacidad.

- La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) prohíbe que los planes de salud de grupo e individuales usen información genética para determinar requisitos para recibir seguro.
- La Ley de Cuidado Asequible (ACA, por sus siglas en inglés) prohíbe que las compañías de seguros basen sus decisiones de cobertura en el historial médico o condiciones pre-existentes, y protege en contra de discriminación genética durante la revisión de requisitos.

Las leyes estatales regulan seguros suplementarios o voluntarios como de vida, discapacidad y seguros a largo plazo, y muchos estados también prohíben discriminación genética en estas pólizas suplementarias. Para información adicional, comuníquese con el departamento de seguros de su estado. Para más inforrmación acerca de genética y del cáncer de manera más general, visite www.cancer.org/es/cancer/causas-del-cancer/genetica.html.

Conozca Acerca de los Estudios Clínicos

Si usted está interesado en participar en estudios clínicos u otros tratamientos experimentales, el primer paso es hablar con su doctor. Él o ella puede recomendarle estudios específicos basados en su condición y los tratamientos que usted ya ha recibido. Además, varias organizaciones han desarrollado sistemas en línea para coordinar a los pacientes con los estudios a los cuales califiquen o reúnan los requisitos. Algunos servicios también permiten a las personas inscribirse en listas de correo, las cuales alertan a los subscriptores cuando se abren nuevos estudios.

- La Asociación Americana del Cáncer o American Cancer Society le puede ayudar a saber más acerca de lo que ocurre durante una prueba clínica,

entonces usted puede decidir si el participar sea lo correcto para usted. Visite www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/estudios-clinicos.html o llame al 1-800-227-2345 para recibir información.
- EmergingMed proporciona servicios gratis de coordinación y referencia en www.emergingmed.com o llamando al (877) 601-8601.

Las listas de estudios clínicos muestran nombres y descripciones de los nuevos tratamientos en estudio clínico. A menudo incluyen una descripción de cada estudio, el criterio para la elección de pacientes y la persona a quien contactar. Los siguientes son algunos recursos para listas de estudios clínicos:

- El Instituto Nacional del Cáncer (NCI, por sus siglas en inglés) patrocina la mayoría de los estudios clínicos del cáncer financiados por el gobierno. El NCI tiene una lista de estudios activos (aquellos que actualmente inscriben pacientes), al igual que algunos estudios de financiamiento privado. Encuentre la lista en su sitio web www.cancer.org/espanol/cancer/tratamiento/estudios-clinicos.html o llamando al 1-800-4-CANCER (1-800-422-6237).
- Los Institutos Nacionales de Salud (NIH, por sus siglas en inglés) tienen una base de datos incluso más grande de estudios clínicos en www.clinicaltrials.gov.
- Center Watch (www.centerwatch.com) es una compañía de servicios de publicación e información que mantiene una lista de estudios clínicos financiados con patrocinio tanto industrial como gubernamental para el cáncer y otras enfermedades.
- Las compañías privadas, tales como firmas farmacéuticas o de biotecnología, pueden enumerar estudios que patrocinan en sus sitios web o muestran números de teléfono por cobrar para llamar. Algunas de estas firmas también ofrecen sistemas de coordinación para estudios que patrocinan. Esto puede ser útil si usted está interesado en la investigación de un tratamiento experimental en particular y sabe qué compañía lo está desarrollando.

Sponsored by American Cancer Society

Consejo Práctico

Los requisitos para participar en pruebas clínicas pueden ser confusos. Hable con su médico para saber si participar en una prueba clínica es lo adecuado para usted.

Acceso a Medicamentos con Receta

Bajo la Ley de Cuidado Asequible, la mayoría de los planes privados de seguro de salud están obligados a cubrir medicamentos con receta. Medicaid y Medicare también ofrecen beneficios de medicamentos con receta.

La cantidad que usted pague para sus recetas depende de si el medicamento está en la lista de medicamentos aprobados de su póliza de seguro (llamado formulario), y en qué categoría de cobertura recae el medicamento. Si su doctor receta medicamentos que son caros o que no están en el formulario de su póliza, usted puede compartir el formulario con el consultorio de su médico. Él o ella puede recetar una alternativa que pueda estar cubierta a menor costo para usted. Los médicos no siempre están al tanto de los formularios de medicamentos de sus pacientes o sus situaciones financieras.

Algunas compañías de seguro requieren autorización previa antes de que paguen por un medicamento. Su médico puede necesitar comunicarse con su compañía de seguros y obtener permiso (autorización previa) antes de recetar el medicamento. Revise su póliza de seguro para información acerca de los requisitos de autorización previa.

"Terapia por pasos" es otro obstáculo que usted podría encontrar. Antes que su plan de salud pague para que usted use un medicamento nuevo, caro o de marca, se le puede requerir que primero pruebe tomar una alternativa menos cara. Luego tendría que demostrar que el medicamento menos caro no alivia su enfermedad o el síntoma para que se ordene a su plan que cubra el medicamento más nuevo o más caro.

Sponsored by Breakaway from Cancer

Consejo Práctico

Un "formulario" es la lista de medicamentos recetados cubiertos por su plan de salud y/o plan de recetas médicas.

Si su plan de salud se rehúsa a cubrir un medicamento que su doctor ha recetado, tiene derecho a pedir que su compañía de seguros reconsidere esta decisión en una apelación. Usted puede pedirle a su médico que le ayude con esto escribiendo una carta que explique por qué un medicamento específico es necesario para usted médicamente. Usted también puede pedirle a su médico muestras gratis del medicamento, comuníquese con la compañía farmacéutica que elabora su medicamento para pedirles cupones o descuentos, o pregunte a su farmacia sobre tarjetas de descuento. Comuníquese con CLRC o su compañía de seguros para más información.

Obtención de un Nuevo Seguro de Salud

Si usted no puede obtener seguro de salud proporcionado por el empleador, recientemente ha dejado de trabajar o ha tenido algún otro cambio importante en su vida, y/o no califica para Medicaid o Medicare, usted puede comprar una nueva póliza de seguro de

salud a través de una compañía de seguros o corredor, o a través del mercado de seguro de salud estatal o federal. Bajo la Ley de Cuidado Asequible, las compañías de seguro no pueden preguntar acerca de condiciones pre-existentes o considerarlas al decidir cuánto le cobrarán o si le ofrecerán cobertura a usted.

Comprar una cobertura de salud de mercado es la única manera de recibir créditos de impuesto para bajar las primas mensuales, si es que califica basándose en los ingresos de su hogar. Los cambios en los ingresos durante el año deben informarse y pueden afectar sus requisitos para recibir créditos de impuesto o la cantidad de estos. Solicite cobertura de salud de mercado durante el periodo de inscripción abierto cada otoño.

Fuera del Periodo de Inscripción Anual Abierto, usted puede inscribirse en cobertura solamente si reúne los requisitos para un Periodo Especial de 60 días debido a un "evento calificador" (tal como dejar su trabajo, casarse/divorciarse, mudarse, u otros cambios importantes), o si usted pierde los requisitos para Medicaid o el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés). A continuación, hay cuatro maneras de solicitar un seguro de salud de mercado:

1. Solicitud en línea. Cree una cuenta; llene una solicitud de mercado, y vea los resultados de su calificación en línea. Visite cuidadodesalud.gov/es/get-coverage para más información.
2. Solicitud por teléfono. Un representante de servicio al cliente le ayudará a escoger un plan, llenar una solicitud y revisar el cumplimiento de requisitos. Llame al (800) 318-2596 para su solicitud.
3. Solicitud con ayuda en persona. Un asistente se puede reunir con usted en persona, ayudarle a escoger un plan, y llenar una solicitud en línea o en papel, y revisar el cumplimiento de requisitos. Visite ayudalocal.cuidadodesalud.gov para personas y organizaciones que pueden ayudar.
4. Solicitud por correo. También usted tiene la opción de llenar y mandar por correo una solicitud en papel. Los resultados del cumplimiento de requisitos le llegarán por correo. Si es posible, cree una cuenta de mercado en línea o comuníquese con el Centro de Llamados del mercado para escoger un plan e inscríbase. Visite marketplace.cms.gov/applications-and-forms/marketplace-consumer-application-family-spanish.pdf para recibir una solicitud y marketplace.cms.gov/applications-and-forms/marketplace-consumer-application-family-instructions-spanish.pdf para instrucciones.

Sponsored by American Cancer Society®

Consejo Práctico

Las compañías de seguro de salud no pueden cobrar más o denegar cobertura basándose en una condición pre-existente, tal como el cáncer.

Entendiendo las Opciones de Cobertura de Salud de Medicare

Medicare es cobertura de cuidado de salud para personas de 65 años o mayores, las personas menores de 65 pero que han reunido los requisitos para recibir bene cios SSDI por 2 años o más, o cualquier persona en la Etapa Final de Enfermedad Renal. Medicare tiene varias partes:

- La Parte A ayuda a cubrir cuidado de pacientes hospitalizados. También incluye cobertura de cuidado terminal de hospicio o instalaciones de enfermería especializada por un tiempo limitado, pero no cuidado a largo plazo.

Los beneficiarios de Medicare generalmente no pagan prima mensual para cobertura de la Parte A si ellos o sus cónyuges han pagado impuestos de Medicare por lo menos 10 años mientras trabajan.

- La Parte B ayuda a cubrir servicios necesarios medicamente como servicios del doctor, cuidado de pacientes externos, y servicios médicos. La Parte A no cubre tantos servicios preventivos. Si usted se inscribe en la Parte B, la prima generalmente se retira de su pago mensual de SSDI o su cheque de jubilación del Seguro Social. Si usted está inscrito en Medicare, pero no está recibiendo pagos de SSDI o de jubilación del Seguro Social, Medicare manda una cuenta mensual por la prima de la Parte B.
- La Parte C: Los Planes Medicare Advantage proporcionan cobertura por medio de compañías de seguros privadas que están en contrato con Medicare. Las opciones a menudo incluyen organizaciones de proveedor preferencial (PPO, por sus siglas en inglés) u organizaciones de mantención de salud (HMO, por sus siglas en inglés), que pueden ser similares al seguro privado que usted tenía cuando aún trabajaba. La Parte C incluye todos los beneficio y servicios cubiertos bajo la Parte A y B, y cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D) como parte del plan.
- La Parte D proporciona cobertura de medicamentos con receta por medio de compañías de seguro privadas aprobadas por Medicare.

Tenga presente que Medicare usualmente solo cubre el 80 por ciento de los costos del cuidado de salud y es por eso que muchas personas compran seguro suplementario (a menudo se le llama Medigap) para ayudar a cubrir los costos restantes, o usted también podría reunir requisitos para Medicaid como cobertura suplementaria. Para más información acerca de Medicare, visite **es.medicare.gov** o comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (SHIP, por sus siglas en inglés) de su estado en la siguiente dirección: **www.shiptacenter.org**.

Obtención de Cobertura de Salud para Hogares de Bajos Recursos

Medicaid es un programa federal administrado por el estado que proporciona cobertura de cuidado de la salud para personas con bajos ingresos y de escasos recursos. Cada estado tiene reglas diferentes acerca de los requisitos y de cómo solicitar Medicaid. Más de la mitad de los estados de los Estados Unidos han elegido expandir sus programas de Medicaid para cubrir a todas las personas que ganen menos del 138 por ciento de la Línea de Pobreza Federal (alrededor de $16,000 al año para una persona).

En los estados que no tengan cobertura expandida de Medicaid, una persona puede calificar para Medicaid si él o ella tiene ingresos y recursos limitados y tiene una o más de las siguientes condiciones: 65 años o mayor; menos de 19 años; embarazada; vive con una discapacidad; es padre o adulto que cuida a un menor; adulto sin hijos dependientes (en ciertos estados); o inmigrante que califique.

Medicaid proporciona todos los servicios que ofrecen los seguros de salud privados, al igual que servicios adicionales tales como cuidado a largo plazo o en hogar de ancianos, servicios de apoyo en el hogar, y cuidado dental para adultos, dependiendo de dónde viva usted. Para más información acerca de programas estatales de Medicaid y cómo calificar, visite www.cuidadodesalud.gov/es/medicaid-chip/getting-medicaid-chip.

Mantención de Seguro de Salud después del Término del Empleo

Mantener un seguro de salud basado en el trabajo puede ser importante para cubrir los costos de cuidado del cáncer una vez que el empleo se termine, especialmente si usted está actualmente sometido a tratamiento y/o usted está contento con sus doctores/red de servicio. Al terminarse el empleo, una persona puede reunir los requisitos para un Periodo de Inscripción Especial para comprar una nueva póliza de seguro. Vea la página 13 para más información.

La Ley de Reconciliación de Presupuesto General Consolidado (COBRA, por sus siglas en inglés) es una ley federal que permite a los trabajadores mantener temporalmente su cobertura de salud del empleador después de un “evento calificador,” tal como una reducción de las horas de trabajo, o por dejar o perder su trabajo. COBRA no es un plan de seguros separado al cual haya que inscribirse; simplemente permite a los trabajadores mantener la misma póliza que tenían cuando trabajaban, hasta por 18 meses.

COBRA se aplica a los empleadores con 20 o más empleados. Algunos estados pueden tener leyes mini-COBRA que se pueden aplicar a empleadores con menos de 20 empleados. Comuníquese con el departamento de seguro de su estado para conocer más.

Si califica para COBRA, siga estos pasos para mantener la cobertura:

1. Confirme que su empleador ha notificado al plan de salud d empleador de su evento calificador
2. Elija COBRA dentro de los 60 días del término del empleo;
3. Pague la primera prima dentro de 45 días de elegir a COBRA;
4. Pague las primas mensuales a tiempo.

La prima mensual se convierte en su responsabilidad y puede ser tanto como el 102 por ciento de lo que su empleador pagaba. Si una persona califica para COBRA y Medicaid, él o ella también puede calificar para un programa estatal de Pago de Prima de Seguro de Salud (HIPP, por sus siglas en inglés). Comuníquese con el departamento de seguro de su estado para averiguar si tiene un programa HIPP y cómo califica . Para preguntas acerca de COBRA, comuníquese con el Departamento del Trabajo de los Estados Unidos, Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, al (202) 693-8300 o (866) 444-3272 o visite www.dol.gov/ebsa.

Sponsored by American Cancer Society

Consejo Práctico

Si cobra es demasiado caro, usted puede encontrar opciones de seguro más económicas en el mercado estatal o federal de seguros. Vaya a **cuidadodesalud.gov** para recibir más información.

Finanzas

Pago de Cuentas al No Poder Trabajar

Varios programas del gobierno proporcionan benefi ios fi ancieros o de reemplazo de ingresos a personas y familias. La Administración de Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) administra dos de tales programas: Seguridad de Ingreso Suplementario y Seguro de Discapacidad del Seguro Social. los requisitos para recibir Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) se basan en la necesidad financiera y está diseñado para ayudar a personas de edad, ciegas, o discapacitadas y que tienen escasos o nada de ingresos. Les da efectivo para cubrir las necesidades básicas de comida, ropa y albergue.

El Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI, por sus siglas en inglés) paga benefi ios de discapacidad a los trabajadores y ciertos familiares si han trabajado lo suficiente y tienen una condición médica que les impide trabajar, o se espera que les impida trabajar, por lo menos por 12 meses o culmine con la muerte. Tenga presente que los requisitos para estos programas pueden variar dependiendo de su estado migratorio.

Sponsored by American Cancer Society®

Consejo Práctico

Si usted recibe beneficios del gobierno o está recibiendo cuidado de salud de caridad de su doctor u hospital, asegúrese de que cualquier regalo o laudo en efectivo no sea considerado como ingreso e interfier con sus requisitos para estos programas. Hable con un abogado o llame a CLRC para más informaciÓn.

- SSI. Se usa el ingreso y los recursos para determinar si la persona reúne los requisitos financieros para el programa. Para 2018, el beneficio Federal mensual máximo de SSI es de $750 para una persona que reúna los requisitos y $1125 para una persona que reúna los requisitos con un cónyuge que los reúna. Algunos estados suplementan la cantidad ja, y el programa usualmente proporciona ajustes anuales según el costo de la vida (COLA, por sus siglas en inglés).

- SSDI. Los beneficios se basan en el historial laboral de toda la vida y cuánto dinero ha pagado el trabajador al sistema por medio de impuestos del Seguro Social. Los beneficios mensuales por discapacidad se basan en las ganancias término medio de por vida. El beneficio mensual medio de SSDI es en la cantidad de alrededor de $1200, y hay un periodo de espera de cinco meses desde el día en que comenzó su discapacidad hasta que la Administración del Seguro Social empiece a pagar beneficios Para averiguar cuánto recibiría usted si fuera aprobado para recibir SSDI, cree una cuenta en el sitio web del Seguro Social, o llame a la Administración del Seguro Social.

Además del SSI y SSDI, algunos empleadores ofrecen beneficios de discapacidad privados. Las personas también pueden comprar seguro

de discapacidad privado antes de que se enfermen. Si corresponde, verifique su póliza para ver cuáles son los requisitos que se deben reunir para recibir los beneficios. También, algunos estados tienen programas de discapacidad de corto plazo, generalmente llamados Seguro de Discapacidad Estatal (SDI, por sus siglas en inglés).

Para otras formas de asistencia financiera, verifique en organizaciones de servicio local, como Kiwanis, el Club de Rotarios o el Club de Leones; 211 y la Agencia del Área por Edad (Area Agency on Aging); programas privados de asistencia financiera como el Ejército de Salvación, Servicios Sociales Luteranos, Servicios Sociales Judíos y Caridades Católicas; organizaciones sin fines de lucro como la Sociedad Americana del Cáncer y la Fundación de Defensa del Paciente; y programas especí cos del cáncer que se enfocan en asistir pacientes con ciertos tipos de cáncer como la Sociedad de Leucemia y Linfoma, El fondo Americano del Riñón, Y el Fondo Rosa. Las recaudaciones de fondos en línea también se han hecho muy populares en años recientes.

Manejo de Deudas

El cuidado del cáncer es caro. A continuación, le damos algunas estrategias que le pueden ayudar a enfrentar los gastos y deudas que usted pueda deber:

- Revise sus cuentas médicas para ver si hay errores: Los errores simples en las cuentas le pueden costar mucho dinero a los pacientes. Es una buena idea revisar sus cuentas para asegurar que no se le esté cobrando por servicios que no recibió, y para buscar otros errores. También usted puede contratar a un revisador de cuentas profesional.

- Negocie las cuentas médicas: Si usted no puede costear el pago de sus cuentas médicas, trate de negociar con el departamento de cuentas del consultorio de su doctor u hospital. Aunque no están obligados a hacerlo, los hospitales a menudo acuerdan un plan de pagos o aceptan un monto más pequeño que el monto total que se deba. Es importante tratar de negociar un plan de pagos antes que la cuenta se mande a cobranzas para que no se afecte negativamente su crédito. Además, trate de evitar usar tarjetas de crédito para pagar cuentas médicas. Es más difícil negociar con una compañía de tarjetas de crédito que con un hospital o el consultorio de un doctor.

Sponsored by Breakaway from Cancer®

Consejo Práctico

Para más información sobre deuda del consumidor o acreedores, visite ***debtrelief.nfcc.org/hispanic/es***.

- Prioridades de deudas/gastos: La deuda médica es una deuda “no asegurada”, y generalmente no se debe pagar antes que la deuda “asegurada” o gastos de sustento como, comida, vivienda, utilidades públicas o pagos de automóvil. La deuda asegurada es algo que está ligado a un bien colateral, como un préstamo de automóvil o pago hipotecario. Si usted no hace pagos para su deuda asegurada, el prestamista puede recobrar el automóvil o embargar su casa.

- Bancarrota: La bancarrota es un proceso legal en un tribunal federal para aliviar a una persona de ciertas deudas que él o ella ya no pueda pagar. Los propósitos primarios de una bancarrota son: (1) dar a un deudor honrado un "nuevo comienzo" al aliviar al deudor de la mayoría de las cuentas, y (2) repagar a los acreedores de manera ordenada en la medida de los pagos que pueda hacer el deudor. Hable con un abogado de bancarrota para determinar si esta opción es la adecuada para usted.

Entendiendo los Derechos de Vivienda

Tener un lugar limpio y seguro para vivir es importante, especialmente para aquellos que se enfrenten al cáncer. Las leyes de vivienda varían según sea el estado. Para disputas entre casero e inquilino (incluyendo notificaciones de desalojo), comuníquese con un abogado especializado en la ley sobre casero e inquilino, o una organización de ayuda legal. Los inquilinos que traten de demandar a los caseros sin tener representación de un abogado tienen una gran desventaja.

Tenga presente las siguientes cosas en cuanto a sus derechos de vivienda:

- Si usted no puede costear el pago de su alquiler, debe hablar con el casero tan pronto como sea posible. Si usted no paga su alquiler, el casero puede empezar un proceso de desalojo en su contra, incluso si usted tiene cáncer. Usted podría negociar un trato con su casero o mudarse luego. Se le puede requerir que dé aviso escrito 30 o 60 días antes de mudarse, y/o pagar una sanción.

- Su casero (o Asociación de Dueños de casa, si usted es propietario de su hogar) puede estar obligado a hacer acomodaciones razonables o modificaciones a su unidad o áreas comunes, si su discapacidad así lo requiere. Las posibles acomodaciones de vivienda incluyen: un espacio de estacionamiento asignado y accesible; mudarse a una unidad disponible diferente; o modificar políticas sobre mascotas para permitir animales de servicio. También puede requerir que su casero permita hacer modificaciones a su unidad, pagadas por usted, tales como instalar barandas en la bañera, ensanchar puertas o instalar una rampa. Si usted vive en viviendas de subsidio federal, su vivienda debe hacerse accesible sin costo para usted.

Se requiere que los caseros mantengan unidades de alquiler y áreas comunes en condiciones habitables. Si su casero se rehúsa a hacer reparaciones a su departamento y su salud sufre como resultado de esto, usted podría mudarse, llamar a un inspector local de la ciudad, reparar el problema usted mismo y deducir el costo de su alquiler, retener el alquiler, o demandar por daños. Sin embargo, antes de recurrir a estas opciones, por favor, consulte con un abogado experimentado en la ley de casero e inquilino.

Asuntos del Término de la Vida

Entendiendo Opciones del Fin de la Vida para personas con Enfermedades Terminales

Si los mejores esfuerzos para curar o para manejar el cáncer como una condición crónica fracasan, y el doctor dice que el cáncer es terminal, los pacientes tienen una gama de opciones disponibles. El manejo excelente del dolor y los síntomas (referido como “cuidado paliativo” o “cuidado de comodidad”) debe ser la meta (aunque usted no tiene que tener una enfermedad terminal para beneficiarse del cuidado paliativo). Si existe alguna duda en cuanto a si su equipo de cuidado de la salud actual es experto en el cuidado paliativo, pida una referencia para un especialista en cuidado paliativo o de hospicio. El cuidado de hospicio, que se enfoca en el manejo del dolor, comodidad y apoyo (en lugar del tratamiento curativo), puede ofrecerse en calidad de paciente hospitalizado, pero la mayoría de las veces se ofrece en el hogar con enfermeras de hospicio que visitan de manera regular.

El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar cualquier tratamiento para prolongar la vida, incluyendo medicamentos, comida/fluido artificial y apoyo respiratorio como un ventilador. Las decisiones acerca de aceptar o rechazar un tratamiento para prolongar la vida pueden cambiar el momento de la muerte y deben tratarse total y abiertamente con el médico y/o el equipo del hospicio. El paciente también puede escoger dejar de ingerir comida y fluido al recibir cuidado paliativo de apoyo y adelantar el momento de la muerte de esta manera. Si el dolor y otros síntomas perturbadores no se pueden manejar bien incluso con un buen cuidado paliativo, el paciente puede querer considerar sedación paliativa. La sedación paliativa es un proceso en que se le dan medicamentos sedantes a una persona para que pierda el conocimiento y no esté enterada de sus síntomas, y la comida/fluido se retiene hasta que llegue la muerte.

Las personas tienen derecho a todas las opciones anteriores en cada estado. En algunos estados, el paciente también puede pedir una receta de medicamento que él o ella pueda ingerir para lograr una muerte en paz si el proceso de la muerte es insoportable. Esta opción se conoce como “muerte asistida” (también referida como “muerte con dignidad”) y está abiertamente disponible para pacientes competentes mentalmente y enfermos terminales en algunos estados, incluyendo Oregón, Washington, Vermont, Montana, y California. La ley en esta región está en evolución rápida, por lo que debe verificar con CLRC para recibir detalles sobre si esta opción está disponible en su estado en particular.

Planes para los Seres Queridos Después de la Muerte

El hablar con un abogado especializado en herencias es un punto de partida importante para asegurarse que los seres queridos tengan sustento después de la muerte de una persona. El abogado puede recomendar un testamento, que es un documento legal que instruye quién recibirá la propiedad de una persona después de que esta muera. También se puede usar para nombrar un tutor para hijos menores de edad y sus bienes.

A continuación, se encuentran varias maneras de crear un testamento:

- Testamento Holográfico o Escrito a Mano. Algunos estados permiten un testamento holográ co, que está escrito completamente con el puño y letra de la propia persona, firmado y con fecha, Expresa cómo se ha de distribuir la propiedad. No es necesario tener este testamento notarizado o firmado por testigos, y cualquier material mecanografiado puede invalidar el testamento. Verifique con un abogado o CLRC para ver si un testamento holográfico es válido en su estad .

- Testamento Legal. Estos formularios de testamento para llenar los espacios en blanco están disponibles en algunos estados y pueden funcionar bien si

la persona no tiene un patrimonio ni bienes grandes o complicados.

- Testamento Preparado por Abogado. Los abogados especializados en herencias se aseguran que los testamentos sigan la ley estatal. También pueden ofrecer sugerencias acerca de opciones de planes de testamento, explicar los beneficios potenciales de impuestos y dar información sobre la manera en que la propiedad se pueda transferir.Para herencias más complicadas, un fideicomiso puede ser una opción mejor que un testamento. Un fideicomis es un acuerdo escrito que nombra bene ciarios a quienes se les dará, o quienes heredarán la propiedad. La persona que sea propietaria de los bienes (fideicomitente) nombra a una persona para manejar los bienes retenidos en fideicomiso (fideicomisario). Dependiendo del tipo de fideicomis , este puede ser revocable o cambiado durante la vida del titular de los bienes. Después que él o ella fallezca, el fideicomiso no se puede cambia .

Para herencias más complicadas, un deicomiso puede ser una opción mejor que un testamento. Un fideicomiso es un acuerdo escrito que nombra beneficiarios a quienes se les dará, o quienes heredarán la propiedad. La persona que sea propietaria de los bienes (fideicomitente) nombra a una persona para manejar los bienes retenidos en fideicomiso (fideicomisario). Dependiendo del tipo de fideicomis , este puede ser revocable o cambiado durante la vida del titular de los bienes. Después que él o ella fallezca, el fideicomiso no se pue e cambiar.

Una vez que una persona crea un fideicomis , él o ella debe transferir los bienes en su nombre a nombre del fideicomis . Existen varios tipos de fideicomisos, pero el más común es el “fideicomiso en vida”. Este tipo se crea cuando el titular de los bienes está vivo, y permite que la persona actúe como su propio fideicomisario hasta la muerte, cuando otro fideicomisario asuma el títul .

Una de las mayores diferencias entre un testamento y un fideicomis , es que un testamento generalmente necesita pasar por un proceso administrativo llamado “legitimación”, mientras que el fideicomiso evita el proceso de legitimación. Si usted no planea con anticipación y muere “intestado” (sin testamento), el estado decidirá quién se queda con su propiedad. Para más información acerca de planes anticipados, comuníquese con la asociación de abogados de su estado o el Centro de Recursos Legales del Cáncer (CLRC, por sus siglas en inglés).

Asegurar que los Deseos se Cumplan

Los adultos tienen derecho a tomar decisiones acerca de su cuidado de salud. Sin embargo, cuando los pacientes no pueden expresar sus deseos, los médicos seguirán las instrucciones de una persona sustituta que tome las decisiones. Hay varias maneras diferentes de establecer su sustituto para que tome decisiones

(también llamado su "agente"). **La Directiva de Cuidado de Salud Anticipada (AHCD**, por sus siglas en inglés**),** también llamada directiva médica o directiva anticipada, en un conjunto de instrucciones escritas que comunican los deseos de una persona acerca del cuidado médico en caso de que él o ella sea incapaz de tomar decisiones. Las leyes estatales y definiciones de incapacidad varían de acuerdo al estado. Los formularios de AHCD están disponibles en línea y pueden contener varias partes, dependiendo de las reglas de su estado:

- El Poder Notarial para el cuidado de salud nombra a alguien (llamado un "agente," "representante," o "sustituto") para tomar decisiones médicas por una persona que ya no pueda tomar decisiones por él o ella misma o esté "incapacitada." Asegúrese de hablar con su agente para conformar que él o ella entiende sus deseos y está dispuesto(a) de llevarlos a cabo.
- El testamento en vida da instrucciones acerca del tratamiento médico para sustentar la vida. Es aquí donde usted puede dar instrucciones específicas para que las siga su agente si usted así lo quiere.
- Las Donación de Órganos expresa los deseos de una persona acerca de la donación de un órgano y/o tejido especific
- Una directiva AHCD usualmente necesita estar firmada y atestiguada y/o notarizada.

POLST/MOLST ("Orden Médica o del Doctor para Tratamiento Sustentador de la Vida") es un documento usado por pacientes gravemente enfermos o frágiles en la mayoría de los estados para instruir a los médicos sobre cuáles tratamientos como resucitación cardio-pulmonar u otra medida para sustentar la vida deban usarse si el corazón y/o respiración del paciente se detiene. Es similar a una orden de No Resucitar, pero se completa después de consultar con el proveedor de cuidado de salud del paciente y está incluida en el historial médico del paciente. Las instrucciones del documento POLST pueden (y deben) reflejar las instrucciones proporcionadas en demás lugares, tales como una directiva de cuidado de salud anticipada.

A no tener instrucciones escritas sobre sus deseos de cuidado de salud, los proveedores de cuidado de salud se guiarán por las leyes (estatales y federales) y prácticas estándar para determinar el sustituto apropiado que tomará las decisiones (tal como un cónyuge, hijo adulto, o padre).

Un Poder Notarial para asuntos financieros y de negocios permite a una persona (principal) de asignar a alguien (un agente) para que tome las decisiones *financieras o de negocios* si él/ella es incapaz de hacerlo.

Sponsored by American Cancer Society®

Consejo Práctico

Asegúrese de hablar con la personna que usted quiere nombrar como subrogante que tome las decisiones para asegurar que esté dispuesto o dispuesta a llevar a cabo sus deseos.

En la mayoría de los estados, debe estar firmado y notarizado. El poder notarial termina al momento de morir, cuando un testamento o fideicomiso entra en efect .

Existen unas cuantas maneras distintas para establecer su poder notarial para asuntos de salud o financieros/de negocios

- El Poder Notarial Duradero entra en efecto al firmarse y puede durar por toda la incapacidad. Esto significa que la persona puede pedirle a su agente que tome decisiones en su nombre, sin importar si él o ella aún es capaz de tomar tales decisiones. Esto puede ser útil para alguien que pueda no querer concentrase en asuntos cotidianos y le confía a su agente tomar las decisiones si él o ella no lo puede hacer.

- El Poder Notarial No Duradero entra en efecto al firmars , pero el agente perderá su poder si la persona queda incapacitada. Esto puede ser útil si una persona quiere designar a alguien para que le ayude mientras esté competente, y otra persona que le ayude al estar incapacitada.

- El Poder incondicional entra en efecto cuando ocurre cierta condición o evento, tal como cuando una persona queda incapacitada. El poder duradero incondicional es el tipo más común de Poder Notarial.

Para preguntas, hable con un abogado especializado en herencias. La Academia Nacional de Abogados de Derecho Mayores (National Academy of Elder Law Attorneys) enumera abogados especializados en esta área por estado. O comuníquese con CLRC para más información.

Misceláneo

Recursos para Proveedores de Cuidado

Dar cuidado a alguien con cáncer puede ser extremadamente desafiant , tanto física como emocionalmente. Sin embargo, hay algunos recursos disponibles que pueden servir.

- Algunas leyes proporcionan protecciones para proveedores de cuidado bajo ciertas circunstancias. La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) prohíbe discriminación en contra de empleados basada en su relación o asociación con una persona con una discapacidad en una compañía de 15 o más empleados. Sin embargo, a diferencia de las protecciones de ADA para personas con discapacidades, los proveedores de cuidado no tienen derecho a acomodaciones razonables.
- Además, la Ley de Permiso Familiar y Médico (FMLA, por sus siglas en inglés) da a los proveedores de cuidado que califiquen el derecho a tomarse hasta 12 semanas de permiso del trabajo sin sueldo para cuidar a un padre, cónyuge, o hijo con una condición médica grave. Ver páginas página 3 para más información acerca de ADA y FMLA.
- Unos cuantos estados (incluyendo California, New Jersey, y Rhode Island) tienen programas de permiso familiar pagado, que proporcionan algún reemplazo de ingresos por 4, 6, o incluso 12 semanas mientras un familiar cubierto esté fuera del trabajo para proporcionar servicios de cuidado para un familiar. Estos programas generalmente se administran por medio del programa de seguro de discapacidad a corto plazo del estado.
- Otras organizaciones que ofrecen recursos de cuidado incluyen a Caregiver

Action Network (www.caregiveraction.org), Family Care Alliance (www.caregiver.org), y organizaciones de apoyo como la Sociedad Americana del Cáncer, la Comunidad de Apoyo del Cáncer, y CancerCare.

Inquietudes y Beneficios de No Ciudadanos Estadounidenses

Los no ciudadanos pueden calificar para beneficios gubernamentales, incluyendo reemplazo de ingresos y cuidado de la salud, en ciertas circunstancias. Sin embargo, cuando usted presenta una solicitud de ciudadanía (naturalización), el gobierno revisa su situación financiera para asegurar que usted no tiene posibilidades de volverse dependiente del gobierno para apoyo financiero (lo que se llama convertirse en una "carga pública"). Si usted no es ciudadano de los Estados Unidos y está considerando un cambio de estado de naturalización en el futuro, hay unas cuantas cosas que usted debe saber antes de solicitar ciertos beneficios del gobiern .

- Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés): Aceptar beneficios de Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) puede afectar negativamente la solicitud de naturalización. El SSI y otros beneficios evaluados según sus medios para reemplazo de ingreso son pagos en efectivo y se pueden considerar al determinar si usted puede convertirse en una "carga pública."
- Medicaid: Si usted califica para Medicaid (cobertura de salud administrada por el estado para personas de bajos ingresos), estos beneficios probablemente no se considerarán en una determinación de carga púbica. Sin embargo, si usted necesita cuidado a largo plazo o ingreso a una institución pagado por Medicaid, el uso de esos servicios puede ser considerado para determinar si usted puede convertirse en una carga pública.

Estos no son los únicos factores que el gobierno considera al tratar de determinar si usted se convertirá en una carga pública. Los factores que afectan la revisión de su solicitud se pueden tatar mejor con un abogado de inmigración experimentado. Para una explicación más detallada de una "carga pública" en solicitudes de naturalización visite: www.uscis.gov/es/tarjeta-verde/carga-publica.

Para más información acerca de los Beneficios de Seguro Social para no ciudadanos visite: www.ssa.gov/espanol/SSI-puntos/sp-spot-non-citizens.htm.

Para más información acerca de los Beneficios de Medicaid para no ciudadanos visite: www.cuidadodesalud.gov/es/immigrants/lawfully-present-immigrants.

Sus opiniones son importantes para nosotros. Por favor denos unos cuantos minutos para decirnos su opinión sobre este Manual Legal del Paciente de Cancer Legal Resource Center: ***thedrlc.org/cancer/plh-survey.***

Gracias a nuestros miembros del Consejo Profesional, por su apoyo continuo a CLRC y por todo lo que han hecho por aquellos que han sido afectados por el cáncer:

J. Bernard Alexander, III
Alexander, Krakow
and Glick
Santa Monica, California
www.akgllp.com

Leslie Barnett
Law Office o
Leslie Barnett
Los Angeles, California
www.lesliebarnett.com

Josh Gruenberg
Gruenberg Law
San Diego, California
www.gruenberglaw.com

Margaret Harris
Butler and Harris
Houston, Texas
www.butlerharris.com

Janet L. Heins
Heins Employment Law Practice LLC
Mequon, Wisconsin
www.heinslawoffi .com

Marvin E. Krakow
Alexander, Krakow and Glick
Santa Monica, California
www.akgllp.com

Matthew Matern
Matern Law Group
Manhattan Beach, California
www.maternlawgroup.com

Gary Ross
Ross and Morrison
Beverly Hills, California
www.rossandmorrison.com

Para más información:
theclrc.org
866-THE-CLRC

© 2018 manual lega del paciente de cancer legal resource center

NO ONE SHOULD HAVE TO FIGHT CANCER ALONE.

In 2005, Amgen founded *Breakaway from Cancer*® out of the belief that it takes a team to beat cancer. The nationwide initiative aims to increase awareness of the important resources available to people affected by cancer – from prevention through survivorship.

Breakaway from Cancer is a c[illegible]on between Amgen and four nonprofit organiz[illegible]t play leading roles in several aspects of cancer [illegible]mplementing the services p[illegible]led by he[illegible]e professionals. Services of the indep[illegible]t nonp[illegible]rganizations include advice from cance[illegible]ivors[illegible] to research and clinical trials, information on canc[illegible]evention, cancer education, emotional support,[illegible] with financial issues, and access to care.

The resources pro[illegible]ed by these organizations, as well as information fro[illegible]more than 100 additional cancer websites, are com[illegible]led on the *Breakaway from Cancer* website. Designed to address the many questions a patient may have, the website features a navigator tool that allows users to customize a search specific to their needs.

To learn more, **visit www.breakawayfromcancer.com**

Prevent Cancer Foundation is a national organization focused on educating the public about how to prevent cancer, as well as the importance of screening and early detection.

Uniting The Wellness Community and Gilda's Club Worldwide, **Cancer Support Community** is an international, nonprofit organization dedicated to providing support, education and hope to people affected by cancer.

Patient Advocate Foundation is a national nonprofit organization that seeks to safeguard patients through effective mediation assuring access to care, maintenance of employment and preservation of their financial stability relative to their diagnosis of life threatening or debilitating diseases.

The oldest survivor-led advocacy organization in the country, **National Coalition for Cancer Survivorship** advocates for quality cancer care for all Americans and provides tools that empower people affected by cancer to advocate for themselves.

©2016 Amgen Inc. All rights reserved. MC54271-A P501413

Cancer Legal Resource Center
A DRLC PROGRAM

Para más información:

Tel: (866) THE-CLRC (843-2572)
theclrc.org

AVISO DE EXENCIÓN: Esta publicación está diseñada para proporcionar información general en los temas presentados. Se proporciona con el entendimiento de que el autor no está involucrado en dar ningún servicio legal o profesional en su publicación o distribución. Aunque estos materiales han sido revisados por un profesional, no deben usarse como un sustituto de servicios profesionales. Esta publicación ha sido financiada en parte por American Cancer Society y por Breakaway from Cancer, las cuales no son responsible por el contenid. De otra manera, CLRC no tiene relación ni afiliación con agencias de referencia, organizaciones o abogados a quienes les refiramos a personas. Los recursos y referencias se proporcionan solamente para información y conveniencia. Por lo tanto, CLRC queda eximida de cualquiera y toda responsabilidad por cualquier acción tomada por cualquier entidad que aparezca en las listas de recursos y referencias de CLRC.

Le agradecemos por su opinión. Por favor, complete nuestra encuesta
thedrlc.org/cancer/plh-survey