

Avance Directivo para El Cuidado de Salud

YO, _____, escribo este documento como un directivo referente a mi cuidado médico.

En las siguientes secciones, escriba las iniciales de su nombre en el espacio en blanco por lo que usted desea.

PARTE I. Mi Representante apoderado para el Cuidado de Salud.

_____ Yo asigno a esta persona para que tome decisiones referente a mi cuidado médico sí en algún momento dado yo ya no pueda tomar esas decisiones por mí mismo. Yo quiero que la persona asignada, mis doctores, mi familia, y otros sean guiados por las decisiones que he tomado en este documento, las cuales son las siguientes:

Nombre: _____

Teléfono de residencia: _____

Teléfono del trabajo: _____

Dirección: _____

Si la persona asignada anteriormente no puede o no tomará las decisiones por mí, yo asigno a esta persona.

Nombre: _____

Teléfono de residencia: _____

Teléfono del trabajo: _____

Dirección: _____

_____ Yo no he asignado a alguien para que tome decisiones sobre el cuidado de mi salud en este documento o en algún otro.

PARTE 2. Mi Testamentario

Esta es mi voluntad concerniente a mi futuro cuidado médico sí en algún momento dado yo ya no pueda tomar esas decisiones por mí mismo.

A. Esta es mi voluntad si tengo una condición terminal.

Tratamiento de sostenimiento de vida

_____ Yo no quiero tratamiento de sostenimiento de vida (incluyendo CPR)
Sí se comienza con el tratamiento de sostenimiento de vida, quiero que lo interrumpan.

_____ Yo quiero recibir tratamiento de sostenimiento de vida el cual mis médicos creen que es lo más conveniente para mí.

_____ Otros deseos.

Nutrición artificial e hidratación

_____ Yo no quiero que se comience con la nutrición artificial e hidratación sí estos tratamientos van a mantenerme con vida. Sí se comienza con la nutrición artificial e hidratación, quiero que lo interrumpan.

_____ Yo quiero nutrición artificial e hidratación aunque estos sean los tratamientos primordiales para mantenerme vivo.

_____ Otros deseos.

Cuidado de Comodidad

_____ Yo quiero que se me mantenga cómodo y libre de dolor, aunque tal cuidado prolongue mi muerte o acorte mi vida.

_____ Otros deseos.

B. Esta es mi voluntad sí en algún momento llego a quedar en un estado vegetativo.

Tratamiento de sostenimiento de vida

_____ Yo no quiero tratamiento de sostenimiento de vida (incluyendo CPR)
Sí se comienza con el tratamiento de sostenimiento de vida, quiero que
lo interrumpan.

_____ Yo quiero recibir tratamiento de sostenimiento de vida el cual mis médicos creen
que es lo más conveniente para mí.

_____ Otros deseos.

Nutrición artificial e hidratación

_____ Yo no quiero que se comience con la nutrición artificial e hidratación sí estos
tratamientos van a mantenerme con vida. Sí se comienza con la nutrición artificial e
hidratación, quiero que lo interrumpan.

_____ Yo quiero nutrición artificial e hidratación aunque estos sean los tratamientos
primordiales para mantenerme vivo.

_____ Otros deseos.

Cuidado de Comodidad

_____ Yo quiero que se me mantenga cómodo y libre de dolor, aunque tal cuidado
prolongue mi muerte o acorte mi vida.

_____ Otros deseos.

Otras Dirección:

Usted tiene el derecho de implicarse en todas las decisiones concernientes a su cuidado médico. Aún aquellas personas que no tengan que ver con condiciones terminales o estados vegetativos persistentes. Si Ud. tiene deseos los cuales no están cubiertos en otras partes de este documento, por favor indíquelos abajo:

PARTE 3. Otros Deseos

A. Donación de órganos

_____ Yo no deseo donar ninguno de mis órganos o tejidos.

_____ Yo deseo donar mis órganos y tejidos.

_____ Yo solo quiero donar estos órganos y tejidos.

_____ Otros deseos

B. Autopsia

_____ Yo no quiero una autopsia.

_____ Yo estoy de acuerdo con la autopsia si mi médico lo recomienda.

_____ Otros deseos

C. Otras declaraciones sobre su cuidado médico

Si usted desea decir algo más sobre cualquiera de las decisiones hechas o si tiene cualquier otra declaración que hacer acerca de su cuidado médico, Ud. puede hacerlo en una página separada. De ser así, escriba la cantidad de páginas que Ud. agregue. _____

PARTE 4. Firmas

Usted y dos testigos deben firmar este documento antes de ser legalizado.

A. Su firma

Por medio de mi firma abajo, yo demuestro que entiendo el propósito y el efecto de este documento.

Firma: _____ Fecha: _____

Imprima su Nombre: _____

Dirección: _____

B. Firmas de sus testigos

Yo creo que la persona que ha firmado este avance directivo está en su capacidad mental de que él / ella firmó y entendió este avance directivo en mi presencia, y que él / ella aparenta no estar actuando bajo presión, obligación, fraude o bajo influencia. No soy pariente de sangre, matrimonio ni adopción de la persona que hace este avance directivo, para el mejor de mis conocimientos, yo estoy nombrado en su testamento. Yo no soy la persona que está designada en este avance directivo. Yo no soy un proveedor o empleado de cuidado de salud quien es ahora, o ha sido en el pasado, responsable del cuidado de la persona que está haciendo el avance directivo.

Testigos # 1

Firma: _____ Fecha: _____

Imprima su nombre: _____

Dirección: _____

Testigos # 2

Firma: _____ Fecha: _____

Imprima su nombre: _____

Dirección: _____