



People. Passion. Purpose.



DIRECTIVAS AVANZADAS

Las cosas pueden cambiar rápidamente y es bueno estar preparado. Documentos de Directivas Avanzadas le ofrecen una manera de garantizar que sus deseos sean conocidos y seguidos cuando no pueda tomar decisiones por su cuenta.

Este formulario fácil de completar y le permite decir exactamente lo que quiere. Una vez que se llena y se firma correctamente, es válido bajo las leyes de la mayoría de los estados.

¿Por qué es importante?

Médicos y profesionales de cuidado de la salud escucharán sus deseos sin importar cómo los exprese.

¿Quién debe usar una Directiva Avanzada?

Las Directivas Avanzadas son para cualquier persona mayor de 18 años: casada, soltera, viuda, padres, hijos adultos y amigos.

¿Como se usan?

Las Directivas Avanzadas ayudan a expresar todo lo que una persona quiere proporcionando una guía útil a los miembros de la familia, amigos, cuidadores y médicos.



People. Passion. Purpose.



Eligiendo La Persona Adecuada Para Ser Su Representante

Elija a alguien que lo conozca muy bien, que se preocupe por usted y pueda tomar decisiones difíciles. Asegúrese que esta persona será la mejor para llevar a cabo sus deseos. Un miembro de la familia o cónyuge quizás no sería la mejor opción porque estará demasiado involucrado emocionalmente. Es importante que elija a alguien que este cerca para que pueda ayudar cuando usted lo necesite. Ya sea que elija a un cónyuge, familiar o amigo como su Representante de Atención Médica, asegúrese de platicar acerca de sus directivas y esté cierto que esta persona acepta respetar y seguir sus deseos. Su Representante de Atención Médica debe tener al menos 18 años o más (en Colorado, 21 años o más) y **no** debe ser:

- Su proveedor de atención médica, incluido el propietario o operador de un centro de salud o residencial o de atención comunitaria que lo atiende.
- Un empleado o cónyuge de un empleado de su proveedor médico
- Servir como agente o apoderado de 10 o más personas a menos que sea su cónyuge o pariente cercano

Este documento es diferente a un Poder Notarial. Cada estado puede tener requisitos diferentes. Consulte al Fiscal General de su estado o consulte con su abogado.

Mi Representante de Atención Médica

Este formulario designa a la persona que elijo para tomar decisiones por mí si yo ya no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica. Esta persona sera mi Representante de Atención Médica (o otro término que pueda usarse en mi estado, como apoderado, agente o sustituto). Esta persona tomará mis decisiones de atención médica si ambas cosas suceden.

- Su proveedor de atención médica, incluido el propietario o operador de un centro de salud o residencial o de atención comunitaria que lo atiende
- Un empleado o conyuge de un empleado de su proveedor medico **Y**
- Servir como agente o apoderado de 10 o más personas a menos que sea su cónyuge o pariente cercano

Si mi estado tiene una manera diferente de identificar que no puedo tomar decisiones sobre atención médica, entonces se debe seguir la manera de mi estado.

La Persona Que Elijo Como Mi Representante De Atención Médica es:

Nombre de Primera Opción

Número de Teléfono

Domicilio

Ciudad/Estado/Código Postal

Si esta persona no puede o no quiere tomar estas decisiones por mí, o está divorciado o separado legalmente de mí, o esta persona ha muerto, entonces estas personas es mi próxima opción.

Nombre de Segunda Opción

Número de Teléfono

Domicilio

Ciudad/Estado/Código Postal

Nombre de Tercera Opción

Número de Teléfono

Domicilio

Ciudad/Estado/Código Postal

Entiendo que mi Representante de Atención Médica puede hacer decisiones de cuidado médico por mí. Quiero que mi Representante pueda hacer lo siguiente: (Marque Sí o No para cualquier cosa que quiera que haga o no haga su representante que se enumera a continuación.)

SÍ **NO**

 Tomar decisiones por mí sobre mí atención o servicios médicos, como exámenes, medicamentos o cirugía. Esta atención o servicio podría ser para averiguar cuál es mi problema de salud o cómo tratarlo. También puede incluir cuidados para mantenerme con vida. Si el tratamiento o la atención ya ha comenzado, mi representante puede continuar o detenerlo.

 Interpretar las instrucciones que he dado en este formulario o en otras discusiones, de acuerdo con el entendimiento de mi Representante de Atención Médica de mis deseos y valores.

 Consentir para la admisión a un centro de vida asistida, hospital o hogar de ancianos para mí. Mi Representante de Atención Médica puede contratar cualquier tipo de trabajador de atención médica que pueda necesitar para ayudarme o cuidarme. Mi Representante también puede despedir a un trabajador de la salud si es necesario.

 Tomar la decisión de solicitar, retirar o no dar tratamientos médicos, incluidos alimentos y agua proporcionados artificialmente, y cualquier otro tratamiento para mantenerme con vida.

 Ver y aprobar la divulgación de mis expedientes médicos y archivos personales. Si necesito firmar con mi nombre para obtener alguno de estos archivos, mi Representante de Atención Médica puede firmarlo por mí.

 Mudarme para otro estado para recibir el cuidado que necesito o para cumplir con mis deseos.

 Autorizar o negar cualquier medicamento o procedimiento necesario para ayudar con el dolor.

 Tomar cualquier acción legal necesaria para cumplir mis directivas.

 Donar órganos o tejidos míos utilizables según lo permita la ley.

 Mi Representante de Atención Médica puede ver mis archivos personales, como los registros bancarios para averiguar qué se necesita para completar estos formularios. Solicitar Medicare, Medicaid o otros programas o beneficios de seguro para mí.

A continuación se enumeran los cambios, adiciones o limitaciones a los poderes de mi Representante de Atención Médica.

Si Cambio de Opinión acerca de tener un Representante de Atención Médica, yo

- Destruiré todas las copias de esta parte del formulario de Directivas Avanzadas
- Informaré a alguien como mi médico o mi familia, que deseo cancelar o cambiar mi Representante de Atención Médica
- Escribiré la palabra “Revocado” en letras grandes sobre el nombre de cada agente cuya autoridad quiero cancelar y firmaré mi nombre con la fecha.

Le Que Debe Toma En Cuenta Como Mi Cuidador

- No quiero sentir dolor. Quiero estar cómodo. Directiva 3 indica lo que se puede hacer para poner me cómodo.
- Quiero que me ofrezcan alimentos y líquidos por vía oral si es seguro para mí.
- Quiero que me mantengan limpio y abrigado.
- No quiero que mis médicos o enfermeras hagan o omitan algo con la intención de quitarme la vida.

Este es el tratamiento médico que deseo o no deseo en las cuatro situaciones enumeradas a continuación. Quiero que mi Representante de Atención Médica, mi familia, mis médicos y otros proveedores de atención médica, mis amigos y todos los demás sepan estas instrucciones.

Cerca De La Muerte:

Si mi médico y otro profesional de la salud deciden que es probable que muera en un corto período de tiempo, y el tratamiento de soporte de vida solo retrasaría el momento de muerte (elija una de las siguientes opciones):

- Quiero recibir tratamiento de soporte vital.
- No quiero tratamiento de soporte vital. Si ha iniciado, quiero discontinuarlo.
- Quiero recibir tratamiento de soporte vital si mi médico cree que podría ayudar. Pero quiero que mi médico deje de darme tratamiento de soporte vital si no está ayudando a mi condición de salud o mis síntomas.

En Coma Y No Se Espera Que Se Despierte O Recupere:

Si mi médico y otro profesional de la salud deciden que estoy en un coma del cual no se espera que me despierte o me recupere, y tengo daño cerebral, y el tratamiento de soporte vital solo retrasaría el momento de mi muerte (elija uno de los siguientes):

- Quiero recibir tratamiento de soporte vital.
- No quiero tratamiento de soporte vital. Si ha iniciado, quiero discontinuarlo.
- Quiero recibir tratamiento de soporte vital si mi médico cree que podría ayudar. Pero quiero que mi médico deje de darme tratamiento de soporte vital si no está ayudando a mi condición de salud o mis síntomas.

Daño Cerebral Permanente y Severo y No Se Espera Que Se Recupere:

Si mi médico y otro profesional de la salud deciden que tengo daño cerebral permanente y severo, (por ejemplo, puedo abrir los ojos, pero no puedo hablar ni entender) y no se espera que mejore, y el tratamiento solo retrasaría el momento de mi muerte (elija una de las siguientes):

- Quiero recibir tratamiento de soporte vital.
- No quiero tratamiento de soporte vital. Si ha iniciado, quiero discontinuarlo.
- Quiero recibir tratamiento de soporte vital si mi médico cree que podría ayudar. Pero quiero que mi médico deje de darme tratamiento de soporte vital si no está ayudando a mi condición de salud o mis síntomas.

Que Significa Para Mí El “Tratamiento de Soporte Vital”

Tratamiento de soporte vital significa cualquier tratamiento médico, dispositivo o medicamento para mantenerme con vida. El tratamiento de soporte vital incluye: dispositivos médicos que me pongan para ayudarme respirar; alimentos y el agua suministrados por un dispositivo medial (alimentación por sonda); reanimación cardiopulmonar (CPR); cirugía importante; transfusiones de sangre; diálisis; antibióticos; y cualquier otra cosa destinada a mantenerme con vida. Si deseo limitar el significado del tratamiento de soporte vital debido a mis creencias religiosas o personales, escribo esta limitación en el espacio a continuación. Hago esto para dejar muy claro lo que quiero y bajo qué condiciones.

Mi Directiva De Lo Cómodo Que Quiero Estar.

(Favor de marcar "NO" para cualquier cosa con la que no esté de acuerdo.)

SÍ **NO**

No quiero sentir dolor. Quiero que mi médico me dé suficiente medicamento para aliviar mi dolor, incluso si eso significa que tendré sueño o dormiré más de lo que haría de otra manera.

Si muestro signos de depresión, náuseas, falta de aire o alucinaciones, quiero que mis cuidadores hagan todo lo posible para ayudarme.

Quiero que me pongan un paño húmedo y fresco en la cabeza si tengo fiebre.

Quiero que mis labios y mi boca se mantengan húmedos para prevenir la sequedad.

Deseo tomar baños calientitos con frecuencia. Quiero estar fresco y limpio a todo momento.

Deseo recibir masajes con aceites tibios tan a menudo como pueda.

Si no puedo controlar las funciones de mis intestinos o vejiga, deseo que mi ropa y ropa de cama se mantengan limpias y me las cambien tan pronto como sea posible si se han ensuciado.

Deseo tener cuidados personales como afeitarme, cortarme las uñas, cepillarme el cabello y cepillarme los dientes, siempre que no me causen dolor o malestar.

Deseo que me lean en voz alta lecturas religiosas o espirituales y mis amados poemas cuando estoy cerca de la muerte.

Deseo conocer las opciones de cuidados paliativos para brindar atención médica, emocional y espiritual para mí y mis seres queridos.

Mi Deseo De Cómo Quiero Que Me Traten

(Favor de marcar "NO" para cualquier cosa con la que no esté de acuerdo.)

SÍ **NO**

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Deseo tener gente conmigo cuando sea posible. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quiero que alguien esté conmigo cuando parezca que la muerte puede llegar en cualquier momento. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Deseo que me tomen de la mano y que me hablen cuando sea posible, incluso si no parece que responda a la voz o al contacto de los demás. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Deseo tener a otros a mi lado orando por mí cuando sea posible. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Deseo que les informen a los miembros de mi comunidad de fe que estoy enfermo y les pidan que oren por mí y me visiten. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Deseo que me visite un capellán o clero. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Deseo que me cuiden con bondad y felicidad y no tristeza. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Deseo tener retratos de mis seres queridos en mi habitación, cerca de mi cama. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Deseo que toquen mi música favorita cuando sea posible hasta el momento de mi muerte. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quiero morir en mi casa, si es posible. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Deseo que me llamen por mi nombre.
Favor llámarme: _____ |

Mi Deseo De Lo Que Quiero Que Sepan Mis Seres Queridos.

(Favor de marcar "NO" para cualquier cosa con la que no esté de acuerdo.)

SÍ **NO**

Deseo que mi familia y amigos sepan que los amo.

Deseo ser perdonado por las veces que he lastimado a mi familia, amigos y otras personas.

Deseo que mi familia, amigos y otras personas sepan que los perdono por haberme lastimado en mi vida.

Quiero que mi familia y amigos sepan que no temo a la muerte. No creo que es el final, sino un nuevo comienzo para mi.

Deseo que todos los miembros de mi familia hagan las paces entre ellos antes de mi muerte si se pueden.

Deseo que mi familia y amigos piensen en como era yo antes de enfermarme. Quiero que me recuerden de esta manera después de mi muerte.

Deseo que mi familia, amigos y cuidadores respeten mis deseos aunque no esten de acuerdo.

Deseo que mi familia y amigos vean mi muerte como momento de crecimiento personal para todos, incluido yo. Esto me ayudara vivir una vida significativa en mis últimos momentos.

Deseo que mi familia y amigos reciban asesoramiento si tienen problemas con mi muerte. Quiero que los recuerdos de mi vida les den alegría y no tristeza.

Después de mi muerte, me gustaría que mi cuerpo sea (circule uno): enterrado O cremado.

- Mi cuerpo o mis restos deben colocarse en la siguiente ubicación:

- La siguiente persona conoce mis deseos funerarios:

Si alguien pregunta cómo quiero que me recuerden, por favor diga lo siguiente sobre mí:

Si va haber un servicio conmemorativo para mí, deseo que el servicio incluya lo siguiente (enumere música, canciones, lecturas u otras solicitudes que tenga):

Es importante que mis proveedores de atención médica sepan qué es lo que más me importa. Deseo que sepan lo siguiente:

Por favor utilice el espacio a continuación para cualquier otro deseo. Por ejemplo, es posible que desee donar alguno o todos sus órganos cuando fallezca. También puede designar una organización benéfica para recibir contribuciones conmemorativas. O tal vez desee dar instrucciones sobre lo que se debe hacer con sus redes sociales o otros registros electrónicos. Adjunte una hoja de papel adicional si necesita más espacio.

Asegúrese firmar sus Directivas Avanzadas en presencia de dos testigos.

Yo, _____, solicito que mi familia, mis médicos, otros proveedores de salud, mis amigos, y todos los demás, sigan mis deseos comunicados por mi Representante De Atención Médica (si tengo uno y si esta disponible), o expresados de otra manera en este formulario. Este formulario se vuelve válido cuando no puedo tomar decisiones o hablar por mí mismo. Si alguna parte de este formulario no se puede seguir legalmente, pido que se sigan todas las demás partes de este formulario. También revoco cualquier Directiva Avanzada de atención médica que haya hecho antes.

Firma

Domicilio

Número Telefónico

Fecha

Ciudad/Estado/Código Postal

Declaración de Testigo (2 testigos requeridos):

Yo, el testigo, declaro que conozco personalmente a la persona que firmó o reconoció este formulario (en adelante "persona"), que el/ella firmo o reconoció este formulario [formulario(s) Representante de Atención Médica y/o Testamento Vital] en mi presencia, y que el/ella parece estar en su sano juicio y sin coacción, fraude o influencia indebida.

- También declaro que soy mayor de 18 años (en Colorado 21 años o más) y NO soy:
- El individuo designado como (agente/apoderado/sustituto/defensor del paciente/representante) por este documento de su sucesor
- El proveedor de atención médica de esta persona, incluido el propietario o operador de una instalación médica, de atención a largo plazo, o otra instalación de atención residencial o comunitaria que atiende a la persona
- Un empleado del proveedor médico de la persona
- Responsable financieramente de la atención médica de la persona
- Un empleado de un proveedor de seguros de vida o de salud, o la persona
- Relacionada con la persona por sangre, matrimonio o adopción
- Un beneficiario de cualquier instrumento legal, cuenta o plan de beneficios de la persona, y
- A mi leal saber y entender, un acreedor de la persona o con derecho a cualquier parte de su patrimonio en virtud de un testamento o codicilo, por aplicación de la ley.

(Algunos estados pueden tener menos reglas sobre quién puede ser testigo. A menos que conozca las reglas de su estado, siga lo anterior.)

Firma de Testigo #1

Signature of Witness #2

Nombre de Testigo

Nombre de Testigo

Domicilio

Domicilio

Número de Teléfono

Número de Teléfono

Notarización

(Solo requerido para residentes de Missouri, Carolina del Norte, Carolina del Sur, y Virginia Occidental)

Si vive en Missouri, solo su firma debe estar certificada ante notario. Si vive en Carolina del Norte, Carolina del Sur o Virginia Occidental, debe certificar su firma y las firmas de sus testigos.

En este _____ día de _____, 20_____, dichos _____, y _____, de mi conocimiento (o probado satisfactoriamente) que es la persona nombrada en el escrito anterior y los testigos respectivamente, comparecieron personalmente ante mí, un Notario Público, dentro y para el Estado y País antes mencionado, y reconocieron que ejecutaron libre y voluntariamente los mismos para los fines allí indicados.

Mi Comisión Expira: _____ Notario Público: _____

Qué Hacer Después De Completar El Formulario De Directivas Avanzadas

- Hable acerca de sus deseos con su Representante de Atención Médica, miembros de su familia, y otras personas que se preocupen por usted. Deles copias de sus Directivas Avanzadas completas.
- Guarde la copia original que firmó en un lugar especial dentro de su casa. No lo ponga en caja de seguridad. Manténgalo cerca para que alguien pueda encontrarlo cuando se necesite.
- Hable con su médico durante su próxima consulta. Entregue a su médico una copia de sus Directivas Avanzadas. Asegúrese de que esté incluido en su expediente médico. Asegúrese que su médico comprenda sus deseos y esté dispuesto a seguirlos. Pídale que le diga a otros médicos que lo atienden que lo honren. tell other doctors who treat you to honor them.

