

DESIGNACIÓN DE SUSTITUTO PARA DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Para su comodidad, este formulario es interactivo y se puede completar parcialmente con Adobe Acrobat. Para ejecutar completamente, este documento todavía requiere partes manuscritas incluyendo firmas, así como la fecha y hora de las firmas.

Yo, (NOMBRE) _____, quiero decidir el tratamiento que me dará mi equipo de atención médica.

INSTRUCCIONES PARA MI SUSTITUTO PARA DECISIONES DE ATENCIÓN MÉDICA

Si no puedo comunicarme ni tomar decisiones médicas, mi sustituto para decisiones de atención médica (HCS) hará lo siguiente:

- Hablará con mi equipo de atención médica y tendrá acceso a mi información médica.
- Autorizará mi tratamiento o pedirá que suspendan mi tratamiento con base en mis selecciones y valores.
- Autorizará mi traslado a otro centro de atención si es necesario.
- Tomará decisiones sobre la donación de órganos o tejidos con base en mis selecciones.
- Solicitará beneficios públicos, como Medicare/Medicaid, en mi nombre.
- Asegurará mi comodidad y control del dolor.
- Pedirá cuidados paliativos como forma de asegurar mi comodidad.
- Respetará mis deseos escritos o verbales respecto al fin de la vida según lo haya establecido en mi testamento vital

La autoridad de mi sustituto para decisiones de atención médica entrará en vigencia sólo cuando mi médico decida que ya no puedo tomar mis propias decisiones de atención médica, A MENOS que firme con mis iniciales alguna o las dos casillas siguientes:

_____ Mi sustituto para decisiones de atención médica puede recibir mi información médica inmediatamente.

_____ Mi sustituto para decisiones de atención médica puede empezar a tomar decisiones sobre mi atención médica inmediatamente.

Si estoy en condiciones de tomar decisiones y no estoy de acuerdo con las decisiones tomadas por mi sustituto para decisiones de atención médica, se respetarán MIS decisiones.

Designo como sustituto para decisiones de atención médica a:

Nombre

Teléfono

Dirección

Si mi sustituto para decisiones de atención médica no quiere, no puede o no está disponible, dentro de lo razonable, para cumplir con sus deberes, designo como mi sustituto alternativo para decisiones de atención médica a:

Nombre

Teléfono

Dirección

Otras instrucciones:



