

DESIGNACIÓN DE SUSTITUTO DE ATENCIÓN MÉDICA

Yo, (NOMBRE) _____, quiero elegir el tratamiento que seguirá mi equipo de servicios médicos.

INSTRUCCIONES PARA MI SUSTITUTO DE ATENCIÓN MÉDICA:

Si no puedo expresar mis deseos o tomar mis decisiones médicas, mi sustituto de atención médica (HCS) hará lo siguiente:

- Hablará con mi equipo de servicios médicos y tendrá acceso a mi información médica.
- Autorizará mi tratamiento o hará que se detenga el tratamiento según mis elecciones y valores.
- Autorizará el traslado a otro centro si fuese necesario.
- Tomará decisiones con respecto a la donación de órganos/tejidos según mis elecciones.
- Solicitará beneficios públicos, como Medicare/Medicaid, en mi nombre.
- Asegurará mi comodidad y el manejo de mi dolor.
- Incluirá los cuidados paliativos como una forma de asegurar mi comodidad.
- Honrará mis deseos escritos u orales para la terminación de vida según lo designado en mi testamento en vida.

La autoridad de mi sustituto de atención médica solo comienza cuando mi doctor decida que yo no puedo tomar mis propias decisiones con respecto a los servicios médicos, A MENOS QUE ponga mis iniciales en una o ambas de las siguientes casillas:

_____ Mi sustituto de atención médica puede recibir información sobre mi salud de forma inmediata.

_____ Mi sustituto de atención médica puede tomar decisiones con respecto a los servicios médicos de forma inmediata.

Si tengo la capacidad de tomar decisiones y no estoy de acuerdo con alguna elección que haya hecho mi sustituto de atención médica, se respetarán MIS elecciones.

Designo a la siguiente persona como mi sustituto de atención médica:

Nombre	Relación	Teléfono
Dirección		

Si mi sustituto de atención médica no está dispuesto o no tiene la capacidad o el razonamiento necesarios para llevar a cabo sus funciones, designo a la siguiente persona como mi sustituto de atención médica alternativo:

Nombre	Relación	Teléfono
Dirección		

Otras instrucciones/Información opcional (como calidad de vida, creencias culturales, espirituales, religiosas o personales): _____

1475

P
A
T
I
E
N
T

TESTAMENTO EN VIDA

Comprendo que este testamento en vida entrará en vigencia solo cuando ya no tenga la capacidad de expresar mis deseos o no pueda tomar mis propias decisiones con respecto a los servicios médicos Y cuando dos médicos hayan determinado que padezco de una de las siguientes:

- Una condición terminal con una posibilidad muy pequeña o nula de recuperación
- Una condición de inconsciencia permanente o irreversible, como un coma o estado vegetativo
- Una enfermedad mental o física irreversible o grave que me impida expresar mis deseos a los demás, reconocer a mi familia y amigos o cuidarme de alguna forma

_____ **Escriba su inicial aquí si elige no completar la sección de Testamento en Vida de este formulario en este momento.**

Mis elecciones específicas si tengo alguna de las condiciones antes mencionadas	<i>(Encierre en un círculo la opción que prefiera)</i>	
Reanimación cardiopulmonar (CPR) si mi corazón o respiración se detienen	SÍ, quiero	NO, no quiero
Un respirador si no puedo respirar por mi cuenta	SÍ, quiero	NO, no quiero
Nutrición y líquidos por medio de tubos en las venas, nariz o estómago	SÍ, quiero	NO, no quiero
Diálisis renal, un marcapasos o desfibrilador u otros dispositivos de ese tipo	SÍ, quiero	NO, no quiero
Cirugía o admisión en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital	SÍ, quiero	NO, no quiero
Medicamentos que puedan retrasar mi muerte, como antibióticos	SÍ, quiero	NO, no quiero

Indique cualquier elección adicional escribiendo sus iniciales en las siguientes afirmaciones.

_____ Quiero que mi sustituto de atención médica/representante y mis proveedores de atención médica aseguren mi comodidad y la gestión de mi dolor. Comprendo que el uso de medicamentos para el dolor puede causar efectos secundarios, como mareos o confusión.

_____ Quiero que se me provean cuidados paliativos para asegurar mi comodidad.
 (Los cuidados paliativos disminuyen los síntomas, el dolor y las tensiones de cualquier enfermedad grave. Estos cuidados se pueden proveer junto con un tratamiento curativo).

_____ Para asegurar mi comodidad, quiero que se incluyan servicios de cuidados paliativos en mi cuidado tan pronto como sea posible.
 (Los servicios de cuidados paliativos se centran en la comodidad y la calidad de vida en lugar de en la cura).

Legalidad: *(Sus sustitutos de atención médica no pueden ser testigos de este documento. Al menos un testigo debe ser alguien distinto de su cónyuge o un pariente de sangre).*

Comprendo plenamente el significado de este formulario; soy emocional y mentalmente competente para tomar las decisiones que se mencionan en este formulario y para pensarlas con detenimiento.

Su firma	Nombre en letra imprenta	Fecha	Hora
Primer testigo:	Segundo testigo:		
Firma	Nombre en letra imprenta	Firma	Nombre en letra imprenta
Dirección	Dirección		
Fecha/Hora	Fecha/Hora		

P
A
T
I
E
N
T