

Paso 1: Elija a su representante de cuidado médico.

Nombre a alguien en quien confíe para tomar decisiones por usted cuando usted no pueda hacerlo por sí mismo. Piense en las personas que importan en su vida - su familia y amistades. Elija una persona para que sea su representante de cuidado de médico. Pregúntele si está dispuesto(a) a hacer esto por usted.

Elija a un pariente o amigo que:

- Sea mayor de 18 años y lo conozca bien
- Esté dispuesto a hacer esto por usted
- Sea capaz de tomar decisiones difíciles basadas en los deseos de usted
- Comunicará eficazmente la información que usted indique en este paquete tanto a proveedores de salud como a parientes

Su representante de cuidado de médico puede:

- Decidir dónde recibirá atenciones
- Seleccionar o despachar proveedores de salud
- Aceptar o rehusar medicamentos, exámenes, tratamientos
- Decidir qué sucede con su cuerpo y sus órganos después de su fallecimiento
- Tomar la acción legal necesaria para ejecutar los deseos de usted

Su representante **no puede** ser su médico ni alguien que trabaje en el hospital o clínica donde usted recibe atención, a menos que esta persona sea miembro de su familia.

Elija a su representante.

1) Quiero que esta persona tome mis decisiones médicas si soy incapaz de hacerlo:

Nombre	Apellido	Parentesco	
Teléfono de casa/celular	Teléfono del trabajo	Correo electrónico	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal

Si la primera persona no puede tomar mis decisiones médicas, entonces designo a esta otra persona:

Nombre	Apellido	Parentesco	
Teléfono de casa/celular	Teléfono del trabajo	Correo electrónico	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal

2) Marque con una X la oración con la que usted está de acuerdo:

Mi representante tomará decisiones por mí **sólo** si llego a ser incapaz de tomar mis propias decisiones.

Mi representante puede tomar decisiones por mí **ahora mismo** después que yo firme este formulario.

Esta directriz anticipada pertenece a: (escriba su nombre en este renglón)		Fecha de nacimiento
--	--	---------------------

Paso 2: Exprese sus elecciones de cuidado de salud.

¿Qué hace que valga la pena vivir su vida?

1) Mi vida: (elija A o B):

- A) Siempre vale la pena, no importa lo enfermo que esté
- B) Sólo vale la pena si (marque todos lo que considere verdadero):
 - Puedo platicar con familia y amigos
 - Puedo despertar de un estado de coma
 - Puedo comer, bañarme o hacerme cargo de mí mismo
 - Puedo estar libre de dolor
 - Puedo vivir sin estar conectado a máquinas
 - No estoy seguro

2) Si estoy muriendo, es importante para mí estar (elija una opción):

- En casa
- En un hospital u otro centro de atención
- No es importante para mí dónde reciba atención

Creencias espirituales o religiosas

1) ¿Es la religión o espiritualidad importante para usted?

- Sí No

2) ¿Practica usted una religión o alguna fe? Si así es, ¿cuál?

3) ¿Qué deben saber los médicos sobre sus creencias espirituales o religiosas?

Esta directriz anticipada pertenece a: (escriba su nombre en este renglón)	Fecha de nacimiento

Paso 2: Expresar sus elecciones de cuidado de salud, continuación.

Soporte vital

Se podrían utilizar procedimientos de soporte vital para intentar mantenerlo vivo. Éstos incluyen:

RCP o resucitación cardiopulmonar - Esto puede implicar:

- Oprimir su pecho fuertemente para mantener el flujo de sangre
- Choques eléctricos para restablecer el funcionamiento del corazón
- Medicinas en sus venas



Aparato de respiración o ventilador - Esta máquina bombea aire hacia sus pulmones y respira por usted a través de un tubo colocado en su garganta. Mientras esté conectado a la máquina, usted no podrá hablar ni comer.



Diálisis - Esta máquina limpia la sangre si sus riñones ya no funcionan.

Tubo de alimentación - Este tubo transporta comida a su cuerpo si usted no puede tragar. El tubo comienza en su boca y termina en su estómago. También puede ser colocado quirúrgicamente.



Transfusión de sangre - Se introduce sangre en sus venas.

Cirugía y/o medicinas

Marque con una X una opción con la que esté más de acuerdo:

Si estoy tan enfermo que podría morir pronto:

___ Intenten todos los tratamientos de soporte vital que mis médicos creen que puedan ayudar. Si los tratamientos no funcionan y hay poca esperanza de mejoría, **deseo seguir conectado a máquinas de soporte vital** incluso si estoy sufriendo.

___ Intenten todos los tratamientos de soporte vital que mis médicos creen que puedan ayudar. Si los tratamientos no funcionan y hay poca esperanza de mejoría, **NO deseo seguir conectado a máquinas de soporte vital**. Si estoy sufriendo, quiero que sean interrumpidos los tratamientos de soporte vital de modo que me sea permitido morir con tranquilidad.

___ **NO quiero tratamiento de soporte vital**. Quiero enfocarme en mi comodidad. Prefiero morir de forma natural.

___ Quiero que mi **representante** decida.

___ No estoy seguro de lo que quiero que se haga.

--	--

Esta directriz anticipada pertenece a: (escriba su nombre en este renglón)	Fecha de nacimiento
---	----------------------------

Paso 2: Exprese sus elecciones de cuidado de salud, continuación.

Donación de sus órganos

Sus médicos podrían preguntarle acerca de la donación de sus órganos y sobre hacerle una autopsia después de morir. La donación de sus órganos puede ayudar a salvar vidas. Coloque una **X** junto a **una** opción con la que esté más de acuerdo.

Yo **quiero** donar mis órganos:

Cualquier órgano, todos los que sean de utilidad.

Sólo ciertos órganos (por favor especifique cuáles órganos o tejidos desea donar).

Yo **no quiero** donar ninguno de mis órganos.

Quiero que mi **representante** decida.

No estoy seguro de lo que quiero que se haga.

Autopsia

Una autopsia se puede realizar luego de la muerte para determinar la causa de la muerte. Es un procedimiento quirúrgico. Puede tomar varios días. En algunos casos la ley puede exigir que se efectúe una autopsia. Coloque una **X** junto a **una** opción con la que esté más de acuerdo.

Yo **quiero** una autopsia.

Yo **no quiero** una autopsia.

Quiero una autopsia **sólo si existen interrogantes** acerca de la(s) causa(s) de mi muerte.

Quiero que mi **representante** decida.

No estoy seguro de lo que quiero que se haga.

--	--

Esta directriz anticipada pertenece a: (escriba su nombre en este renglón)

Fecha de nacimiento

Paso 3: Establezca el alcance de la autoridad de su representante.

Su representante de cuidado médico puede tomar decisiones acerca de:

Tratamientos de soporte vital - atención médica para ayudar a prolongar su vida:

- RCP o resucitación cardiopulmonar
- Máquina de respiración o ventilador
- Diálisis
- Tubo de alimentación
- Transfusión de sangre
- Cirugía
- Medicinas

Atención al final de la vida

Si podría morir pronto, su representante de cuidado médico puede:

- Llamar a un líder espiritual
- Decidir si usted muere en casa o en el hospital
- Decidir si se realizará una autopsia
- Decidir si se pueden donar sus órganos
- Decidir si usted debe ser enterrado o cremado

¿De qué forma quiere que su representante cumpla con su voluntad médica?

Coloque una **X** junto a una opción con la que esté más de acuerdo:

___ **Flexibilidad total:** Estoy de acuerdo con que mi representante cambie **cualquiera** de mis decisiones médicas si, después de hablar con los médicos, piensa que es lo mejor para mí en ese momento.

___ **Cierta flexibilidad:** Estoy de acuerdo con que mi representante cambie **algunas** de mis decisiones médicas si, después de hablar con los médicos, piensa que es lo mejor para mí en ese momento.

___ **Mínima flexibilidad:** Quiero que mi representante cumpla con mis voluntades médicas lo más fielmente posible. Por favor respeten mis decisiones aunque mis médicos recomienden algo distinto.

Si es necesario, utilice papel adicional para contestar las siguientes preguntas.

Éstos son algunos de mis deseos que realmente quiero que se respeten:

Escriba cualquier decisión que **no desea** que su representante tome:

Esta directriz anticipada pertenece a: (escriba su nombre en este renglón)	Fecha de nacimiento
<small>Esta directriz anticipada y designación de representante de cuidado médico cumple con las secciones pertinentes del New Mexico's Uniform Health Care Decisions Act (New Mexico Statutes Chapter 24, Article 7A) y Mental Health Care Treatment Decisions Act (New Mexico Statutes Chapter 24, Article 7B).</small>	

Paso 4: Firme el formulario - su firma.

Antes de poder usar formulario, usted debe:

- Firmar este formulario si tiene por lo menos 18 años

Fírmelo y escriba la fecha.

Firma

Fecha

Nombre en letra de molde

Domicilio

Ciudad

Estado

Código postal

Testigos (Opcional)

Se **recomienda** el uso de testigos para evitar sospecha de que el documento pueda haber sido falsificado, de que usted fue obligado a firmarlo, o de que no representa sus deseos de forma auténtica.

Sus testigos deben:

- Tener por lo menos 18 años
- Conocerlo a usted
- Atestiguar que usted ha firmado este formulario

Providence St. Joseph Health **recomienda** que sus testigos no:

- Sean la persona que usted ha designado como su representante de cuidado médico
- Sean su médico u otro proveedor médico
- Trabajen para su centro médico o proveedor médico

Esta directriz anticipada pertenece a: (escriba su nombre en este renglón)	Fecha de nacimiento
<small>Esta directriz anticipada y designación de representante de cuidado médico cumple con las secciones pertinentes del New Mexico's Uniform Health Care Decisions Act (New Mexico Statutes Chapter 24, Article 7A) y Mental Health Care Treatment Decisions Act (New Mexico Statutes Chapter 24, Article 7B).</small>	

Paso 4: Firme el formulario - firmas de los testigos (opcional).

Haga que sus testigos completen esta página.

Con mi firma, prometo que _____ atestiguó que
él/ella firmó este documento. Nombre del propietario de la directriz anticipada

Considero que él/ella estaba pensando claramente y no fue forzado(a) a firmar este formulario.

También prometo que:

- Conozco a esta persona, y él/ella puede probar quién es
- Tengo por lo menos 18 años

Providence St. Joseph Health recomienda que los testigos también prometan que:

- No soy su representante de cuidado médico
- No soy su proveedor médico
- No trabajo para su proveedor médico

Testigo 1

Firma

Fecha

Nombre en letra de molde

Dirección física

Ciudad

Estado

Código postal

Testigo 2

Firma

Fecha

Nombre en letra de molde

Dirección física

Ciudad

Estado

Código postal

Esta directriz anticipada pertenece a: (escriba su nombre en este renglón)

Fecha de nacimiento

Paso 5: Entregue una copia de su directriz anticipada completada.

Una vez que haya firmado su directriz anticipada y haya sido atestiguada (opcional), conserve el original y saque copias de las páginas 1 a 8 para mandárselas a:

- Su representante de cuidado médico
- Familia
- Amistades
- Proveedores médicos
- Hospital

Opciones para entregar su directriz anticipada completada:

1. Durante su próxima visita, entregue una **COPIA** a su hospital o médico de preferencia de Providence St. Joseph Health.
2. Envíe por fax a su hospital Providence St. Joseph Health: Por favor, llame a su hospital para obtener el número de fax de Health Information Management.

Si tiene cualquier pregunta relacionada con rellenar o entregar de su directriz anticipada, por favor contáctenos:

Providence.org/InstituteForHumanCaring
310-543-3498

Algunas partes de este trabajo están autorizadas bajo la Licencia de Atribución Creative Commons-NonComercial-ShareAlike. Para ver una copia de esta licencia vaya a <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> o envíe una carta a Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.

Revisado 8/2017

Con agradecimiento especial a:

- Rebecca Sudore, M.D., Division of Geriatrics, University of California, San Francisco
- Cedars-Sinai, Los Angeles, CA