

— USTED NO TIENE QUE LLENAR NI FIRMAR ESTE FORMULARIO —

Parte A: Información importante acerca de esta directriz anticipada.

Este es un documento legal importante. Puede controlar decisiones cruciales acerca del cuidado de su salud. Antes de firmar, tenga en cuenta estos factores importantes:

Información acerca de la PARTE B (Nombrar a un representante de cuidado médico)

Usted tiene derecho a nombrar una persona para que dirija el cuidado de su salud cuando usted no pueda hacerlo. Esta persona se denomina su "representante de cuidado médico". Puede hacerlo a través de la PARTE B de este formulario. Su representante debe aceptar en la PARTE E de este formulario.

En este documento usted puede escribir cualquier restricción que desee establecer a la autoridad de su representante. Su representante debe acatar los deseos suyos tal como se establece en este documento o de cualquiera otra manera que usted los haya dado a conocer. Si se desconocen cuáles son sus deseos, su representante debe intentar actuar de acuerdo a lo que más le convenga a usted. Su representante puede renunciar en cualquier momento.

Información acerca de la PARTE C (Dar instrucciones de cuidado de salud)

Usted también tiene derecho a dar instrucciones a los proveedores médicos para que las cumplan si usted llega a ser incapaz de dirigir el cuidado de su salud. Usted puede hacerlo utilizando la PARTE C de este formulario.

Información para completar este formulario

Este formulario es válido únicamente si usted lo firma voluntariamente y en pleno uso de sus facultades mentales. Si usted no quiere una directriz anticipada, no tiene que firmar este formulario.

Esta directriz no caduca a menos que usted haya establecido un límite a su duración. Si usted estableció una fecha de expiración, y usted queda incapacitado antes, esta directriz anticipada no expirará hasta que usted readquiera la capacidad de tomar sus propias decisiones del cuidado de salud.

Puede revocar este documento en cualquier momento. Para revocar, notifíquesele a su representante y a su proveedor médico.

Aunque tenga este documento, usted tiene derecho a decidir el cuidado de su propia salud mientras tenga la capacidad de hacerlo.

Si usted no puede entender alguna parte de este documento, pídale a un abogado que se lo explique.

Usted puede firmar la PARTE B, la PARTE C, o ambas. Puede usted tachar las palabras que no expresen sus deseos, o agregar las que los expresen de mejor forma. Los testigos deben firmar la PARTE D.

Esta directriz anticipada pertenece a: (por favor escriba su nombre en este renglón)	Fecha de nacimiento	PÁGINA 1

Parte A: Información importante acerca de esta directriz anticipada, continuación.

Escriba aquí su NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO y DOMICILIO en letra de molde:

(Nombre)

(Fecha de nacimiento)

(Domicilio)

A menos que sea revocada o suspendida, esta directriz anticipada será vigente:

ESCRIBA SUS INICIALES JUNTO A UNA OPCIÓN:

_____ Mi vida entera

_____ Otro periodo (_____ años)

Parte B: Designación de representante de cuidado médico.

Designo a _____ como mi representante de cuidado médico.
(Nombre del representante)

El domicilio de mi representante es _____

y su número de teléfono es _____.

Designo a _____ como mi representante de cuidado médico alternativo.
(Nombre del representante alternativo)

El domicilio de mi representante alternativo es _____

y su número de teléfono es _____.

Autorizo a mi representante (o al alternativo) a dirigir mi cuidado médico cuando yo no pueda hacerlo.

NOTA: Usted no puede designar a su médico, a un empleado de su médico, o a un propietario, operador o empleado de su centro de atención, a menos que esa persona sea un pariente consanguíneo, por matrimonio o adopción, o a menos que esa persona haya sido designada antes que usted fuera ingresado al centro de atención.

Parte B: Designación de representante de cuidado médico, continuación.

1. Límites

Condiciones especiales o instrucciones: _____

PONGA SUS INICIALES SI APLICA:

_____ He puesto en vigor el documento Instrucciones para el cuidado de salud o la directriz para médicos. Mi representante debe registrarse por el mismo.

2. Soporte vital

El "soporte vital" se refiere a cualquier medio médico sostenedor de la vida, incluyendo procedimientos, aparatos o medicamentos. Si usted rehúsa el soporte vital, de cualquier forma recibirá atenciones para mantenerle limpio y cómodo.

PONGA SUS INICIALES SI APLICA:

_____ Mi representante PUEDE tomar decisiones sobre mi soporte vital. (Si usted no escribe sus iniciales en este apartado, entonces su representante NO PUEDE decidir acerca de su soporte vital).

3. Alimentación por sonda

Una variedad de soporte vital es suplirle agua y alimentos artificialmente por medio de un aparato médico, conocido como alimentación por sonda.

PONGA SUS INICIALES SI APLICA:

_____ Mi representante PUEDE tomar decisiones sobre mi alimentación por sonda. (Si usted no escribe sus iniciales en este apartado, entonces su representante NO PUEDE decidir acerca de su alimentación por sonda).

(Fecha)

FIRME AQUÍ PARA NOMBRAR A UN REPRESENTANTE DE CUIDADO MÉDICO

(Firma de la persona que hace la designación)

Parte C: Instrucciones sobre el cuidado de salud.

NOTA: Al escribir estas instrucciones, tome en cuenta lo siguiente:

- El término "según recomiende mi médico" significa que usted quiere que su médico intente procedimientos de soporte vital si él o ella piensa que puede ser beneficioso, e interrumpirlo si no está contribuyendo a su afección o síntomas.
- "Soporte vital" y "alimentación por sonda" están definidos in la PARTE B arriba.
- Si usted rehúsa alimentación por sonda, lo hace entendiendo que el resultado más probable es la desnutrición, deshidratación y muerte.
- Recibirá atenciones en lo relativo a limpieza y comodidad, sin importar las decisiones que tome.
- Puede dar indicaciones específicas ya sea llenando los artículos del 1 al 4 a continuación, o instrucciones generalizadas como lo estipula el artículo 5.

Aquí están mis deseos acerca de mi cuidado médico si mi médico u otro médico calificado confirma que me encuentro en el estado descrito a continuación:

1. Cerca de morir

Si estoy a punto de morir y lo único que puede lograr el soporte vital es posponer el momento de mi muerte:

A. ESCRIBA SUS INICIALES JUNTO A UNA OPCIÓN:

- _____ Quiero recibir alimentación por sonda.
- _____ Quiero recibir alimentación por sonda sólo según la recomendación de mi médico.
- _____ NO QUIERO recibir alimentación por sonda.

B. ESCRIBA SUS INICIALES JUNTO A UNA OPCIÓN:

- _____ Quiero cualquier otro soporte vital que sea pertinente.
- _____ Quiero soporte vital sólo según lo recomiende mi médico.
- _____ NO quiero soporte vital.

2. Permanentemente inconsciente

Si estoy inconsciente y es muy probable que nunca recobre la consciencia:

A. ESCRIBA SUS INICIALES JUNTO A UNA OPCIÓN:

- _____ Quiero recibir alimentación por sonda.
- _____ Quiero recibir alimentación por sonda sólo según la recomendación de mi médico.
- _____ NO QUIERO recibir alimentación por sonda.

B. ESCRIBA SUS INICIALES JUNTO A UNA OPCIÓN:

- _____ Quiero cualquier otro soporte vital que sea pertinente.
- _____ Quiero soporte vital sólo según lo recomiende mi médico.
- _____ NO quiero soporte vital.

Parte C: Instrucciones sobre el cuidado de salud, continuación.

3. Enfermedad Progresiva Avanzada

Si tengo una enfermedad progresiva y en estado avanzado que será fatal, y estoy consistente y permanentemente incapaz de comunicarme por medio alguno, de tragar comida y agua de forma segura, de cuidarme por mí mismo y de reconocer a mi familia y otras personas, y es muy improbable que mi afección mejorará sustancialmente:

A. ESCRIBA SUS INICIALES JUNTO A UNA OPCIÓN:

- Quiero recibir alimentación por sonda.
- Quiero recibir alimentación por sonda sólo según la recomendación de mi médico.
- NO QUIERO recibir alimentación por sonda.

B. ESCRIBA SUS INICIALES JUNTO A UNA OPCIÓN:

- Quiero cualquier otro soporte vital que sea pertinente.
- Quiero soporte vital sólo según lo recomiende mi médico.
- NO quiero soporte vital.

4. Sufrimiento excepcional

Si el soporte vital no ayudaría a mejorar mi afección médica y me haría sufrir dolor severo y permanente:

A. ESCRIBA SUS INICIALES JUNTO A UNA OPCIÓN:

- Quiero recibir alimentación por sonda.
- Quiero recibir alimentación por sonda sólo según la recomendación de mi médico.
- NO QUIERO recibir alimentación por sonda.

B. ESCRIBA SUS INICIALES JUNTO A UNA OPCIÓN:

- Quiero cualquier otro soporte vital que sea pertinente.
- Quiero soporte vital sólo según lo recomiende mi médico.
- NO quiero soporte vital.

5. Instrucciones generales

PONGA SUS INICIALES SI APLICA:

- No quiero que se prolongue mi vida con soporte vital. Tampoco quiero alimentación por sonda como medio de soporte vital. Quiero que mis médicos me permitan morir naturalmente si mi médico y otro doctor calificado confirman que me encuentro en una de las afecciones médicas del 1 al 4 mencionadas justo arriba.

6. Condiciones adicionales o instrucciones (Añada una descripción de lo que quiere que se haga).

Esta directriz anticipada pertenece a: (por favor escriba su nombre en este renglón)			Fecha de nacimiento	PÁGINA 6
--	--	--	---------------------	----------

Parte C: Instrucciones sobre el cuidado de salud, continuación.

7. Otros documentos

Un "poder para el cuidado médico" es cualquier documento que usted haya firmado para designar a un representante que tome decisiones sobre el cuidado de su salud.

ESCRIBA SUS INICIALES JUNTO A UNA OPCIÓN:

_____ He firmado un poder para el cuidado médico. Deseo que permanezca vigente, a menos que haya elegido a un representante luego de firmar el poder para el cuidado médico.

_____ Tengo un poder para el cuidado médico, Y YO LO REVOCO.

_____ NO Tengo un poder para el cuidado médico.

(Fecha)

FIRME AQUÍ PARA DAR LAS INSTRUCCIONES

(Firma)

Parte D: Declaración de los testigos.

Declaramos que el firmante de esta directriz anticipada:

- (a) Es conocido personalmente por todos nosotros, o nos ha dado prueba de su identidad;
- (b) Firmó o reconoció su firma en la directriz anticipada en presencia nuestra;
- (c) Aparenta estar en pleno uso de sus facultades mentales y sin estar bajo ninguna coerción, fraude o influencia indebida;
- (d) No ha nombrado a ninguno de nosotros como su representante de cuidado médico o alterno;
- y
- (e) No es paciente de quien alguno de nosotros sea el médico encargado.

Atestiguado por:

(Firma del testigo/Fecha)

(Nombre del testigo en letra de molde)

(Firma del testigo/Fecha)

(Nombre del testigo en letra de molde)

NOTA: Uno de los testigos no debe ser pariente (consanguíneo, por matrimonio u adopción) de la persona firmante de esta directriz anticipada. Ese testigo tampoco debe ser destinatario de porción alguna de los bienes de esta persona tras su muerte. Tampoco debe este testigo ser propietario, operador o empleado del centro de atención donde yace el paciente.

Parte E: Aceptación por parte del representante.

Acepto esta designación y acuerdo servir como representante de cuidado médico. Entiendo que debo actuar de acuerdo con los deseos de quien represento, como queda expresado en esta directriz anticipada o como se me hayan sido dados a conocer. Si desconozco los deseos de la persona que represento, tengo el deber de actuar como yo considere de buena fe a la conveniencia de esa persona. Entiendo que este documento me permite decidir el cuidado médico de esta persona únicamente cuando él o ella no pueda hacerlo. Entiendo que la persona que me designó puede revocar mi designación. Si me entero de que este documento ha sido suspendido o revocado, lo comunicaré al proveedor médico actual, si lo conozco.

(Firma del representante de cuidado médico/Fecha)

(Nombre en letra de molde)

Firma del representante de cuidado médico alterno/Fecha)

(Nombre en letra de molde)

Esta directriz anticipada pertenece a: (por favor escriba su nombre en este renglón)			Fecha de nacimiento	PÁGINA 8
--	--	--	---------------------	----------

Entregue una copia de su directriz anticipada completada.

Una vez que haya firmado su directriz anticipada y haya sido atestiguada, 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 una **COPIA** con el sobre predirigido (si está disponible).
3. Envíe por fax a su hospital Providence St. Joseph Health:

Providence Hood River Memorial Hospital
Providence Medford Medical Center
Providence Milwaukie Hospital
Providence Newberg Medical Center
Providence Portland Medical Center
Providence Seaside Hospital
Providence St. Vincent Medical Center
Providence Willamette Falls Medical Center
Por fax al: 503-215-3025

Para los hospitales que no están en la lista, por favor llame al hospital para obtener el número de fax indicado.

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

Providence.org/InstituteForHumanCaring
310-543-3498