

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 equis la oración con la que usted esté de acuerdo:

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

O

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: Exprese sus elecciones de cuidado de salud, continuación.

Soporte vital

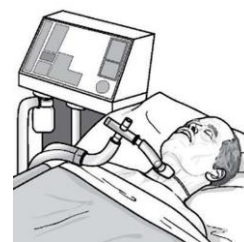
Se podrían utilizar procedimientos de soporte vital para intentar mantenerlo vivo. Éstos incluyen:

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 crean 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 crean 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: Expresar 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

Paso 4: Firme el formulario.

Su firma

Antes de poder usar formulario, usted debe:

- Firmar este formulario si tiene por lo menos 18 años
- Hacer que dos testigos firmen el formulario o llevarlo a notarizar por un notario público
- Firmar el formulario en frente de sus testigos, o haga que un notario público atestigüe que ha firmado

Fírmelo y escriba la fecha.

Firma Fecha

Nombre en letra de molde

Dirección física Ciudad Estado Código postal

Testigos

Antes de poder usar este formulario debe hacer que lo firmen dos testigos o notarizarlo con un notario público.

Sus testigos deben:

- Tener por lo menos 18 años
- Conocerlo a usted
- Presenciar que usted firme el formulario

Sus testigos no pueden:

- Ser la persona que usted ha designado como su representante de cuidado médico
- Ser su médico u otro proveedor médico
- Trabajar para su centro médico o proveedor médico
- Trabajar donde usted vive
- Tener parentesco alguno con usted
- Beneficiarse financieramente o ser destinatario de algún dinero o propiedad cuando usted muera

Si usted no tiene dos testigos, un notario público puede firmar en la página 9.

Si no ha sido nombrado un representante, debe utilizar dos testigos.

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

Fecha de nacimiento

Paso 4: Firme el formulario, continuación.

Firmas de los testigos

Haga que sus testigos completen esta página.

Con mi firma, prometo que vi a _____ firmar este formulario.
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
- No soy su representante de cuidado médico
- No soy su proveedor médico
- No trabajo para su proveedor médico
- No trabajo donde él/ella vive
- No estoy emparentado con él/ella
- No me beneficiaré financieramente ni seré destinatario de ningún dinero o propiedad cuando él/ella muera

Si no ha sido nombrado un representante, debe utilizar dos testigos.

Testigo 1

Firma

Fecha

Nombre en letra de molde

Domicilio

Ciudad

Estado

Código postal

Testigo 2

Firma

Fecha

Nombre en letra de molde

Domicilio

Ciudad

Estado

Código postal

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

Fecha de nacimiento

— PARA USO OFICIAL ÚNICAMENTE —

Paso 4: Firme el formulario - Firma del notario público si es necesario.

Lleve este formulario a un notario público **SOLAMENTE** si no ha sido firmado por dos testigos. El notario público le pedirá una identificación con fotografía, como su licencia o pasaporte.

State of Washington

County of _____

I certify that I know or have satisfactory evidence that

(Name)

is the person who appeared before me, and said person acknowledged that he/she signed this instrument and acknowledged it to be his/her free and voluntary act for the uses and purposes mentioned in the instrument.

Dated: _____

(Signature of Notary Public)

Title: _____

My appointment expires: _____

(Notary Seal)

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 Washington Natural Death Act (Revised Code of Washington Chapter 70.122) and Uniform Power of Attorney Act (Revised Code of Washington Chapter 11.125), y Revised Code of Washington Chapter 71.32.</small>	

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

Una vez que haya firmado su directriz anticipada y haya sido atestiguada y/o notarizada, conserve el original y saque copias de las páginas 1 a 9 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 del 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 Holy Family Hospital

Providence Centralia Hospital

Providence Mount Carmel Hospital

Providence St. Mary Medical Center

Providence St. Peter Hospital

Por fax al: 509-482-2187

Providence Regional Medical Center Everett

Por fax al: 425-317-0701

Providence Sacred Heart Medical Center

Por fax al: 509-474-4815

Providence St. Joseph's Hospital (Chewelah)

Por fax al: 509-935-5233

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 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