

FORMULARIO DE DISPOSICIONES ANTICIPADAS

Parte I: Designación de sustituto para el cuidado de la salud

Llene este documento si desea nombrar a alguien para que tome todas las decisiones con respecto a su salud en caso de que usted esté tan enfermo que no pueda comunicar sus deseos. Esta persona se llama “sustituto para decisiones médicas”. En el caso que se haya determinado que no puedo expresar mis deseos sobre mi atención médica, incluyendo negar, retirar o continuar los procedimientos para prolongar la vida, yo _____ nacido el ____/____/____, deseo nombrar como mi SUSTITUTO para que cumpla con lo dispuesto en esta declaración a:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono: (____) _____

Si mi sustituto no está dispuesto o no puede desempeñar sus funciones, deseo designar como mi SUSTITUTO ALTERNO:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono: (____) _____

Entiendo perfectamente que esta designación permitirá a la persona designada por mí a tomar decisiones sobre el cuidado de mi salud y para proporcionar, retener o retirar el consentimiento en mi nombre; para solicitar beneficios públicos para sufragar el coste médico; y para autorizar mi ingreso o transferencia de un centro de médico a otro. Al tomar decisiones de atención médica por mí, mi sustituto para el cuidado de mi salud debe pensar en qué acción sería coherente con las conversaciones anteriores que hemos tenido, mis preferencias de tratamiento tal como se expresa en la segunda parte (si he llenado la segunda parte), mis creencias religiosas y valores, y cómo he resuelto los problemas médicos y otros importantes en el pasado.

Si lo que iba a decidir todavía no está claro, entonces mi sustituto para el cuidado de la salud debe tomar las decisiones en mi nombre que mi sustituto crea que son lo mejor para mí, teniendo en cuenta los beneficios, las cargas y los riesgos de mis circunstancias actuales y las opciones de tratamiento.

Instrucciones Adicionales: _____

Parte II:

Donación de Órganos (Opcional)

Yo _____, nacido el ____/____/____ por la presente, hago esta donación anatómica, si es médicamente aceptable, para que tenga efecto después de mi muerte. Las palabras y marcas abajo indican mis deseos:

- Yo he coordinado donar cualquier órgano, tejido u ojos
- Yo he coordinado solo donar los siguientes órganos, tejidos u ojos:

Testamento

Yo, _____ deliberada y voluntariamente hago saber mi deseo de que mi muerte no se prolongue bajo las circunstancias indicadas a continuación: es mi deseo que mi vida no se prolongue artificialmente si no puedo comunicar las decisiones relacionadas con mi atención médica y

- tengo una condición terminal o
- una condición en etapa final o
- estoy en un estado vegetativo total o mi médico determina que no existe probabilidad razonable de que me recupere, y otro médico en consulta confirma esta opinión, entonces pido

que se me nieguen o retiren los procedimientos para prolongar la vida. Los medicamentos y los procedimientos médicos se deben proporcionar solamente si me dan confort o alivian mi dolor. Mi intención es que esta declaración sea respetada por mi familia y mi médico como mi voluntad final de mi derecho legal a rechazar un tratamiento médico o quirúrgico y a aceptar las consecuencias de tal rechazo. El hecho de no designar un sustituto de atención médica en la Parte Uno no invalidará esta declaración.

Parte III. Ejecución

Firma del formulario. Firme el formulario y pida a dos testigos que lo firmen. Informe a otras personas sobre su decisión y entregue copias a su doctor y a tu familia. Traiga el formulario al hospital en el momento del ingreso.

Entiendo lo importante de esta declaración, y estoy emocional y mentalmente competente para hacerla. Estas disposiciones expresan mi derecho legal a preservar mi derecho a la privacidad y la autodeterminación. Por lo tanto, espero que mi familia, mi médico y todos aquellos que se ocupan de mi cuidado se consideren legal y moralmente obligados a actuar de acuerdo con mis deseos.

SOLAMENTE UNO DE LOS TESTIGOS PUEDE SER UN CÓNYUGE O UN PARIENTE DE SANGRE. EL SUSTITUTO NO PUEDE SER TESTIGO.

Firma del Paciente

Fecha / /
 mm dd aa

Firma Testigo

Fecha / /
 mm dd aa

Firma Testigo

Fecha / /
 mm dd aa