

Documento Para Plan De Cuidado Anticipado

Propiedad de:

Auspiciado por:



PROJECT
GRACE

**Directivas Para Resucitación y Cuidado
Al Final De La Vida
(Cuidado Terminal)**
Documento Para Plan De Cuidado Anticipado

- Todo Americano adulto competente tiene el derecho legal a controlar decisiones para el cuidado de su salud y de aceptar o rechazar cualquier tratamiento médico. Un Plan de Cuidado Anticipado es un documento legal que permite hacer saber en anticipado mis deseos para cuidado médico en el caso de que mas tarde yo no pudiera expresar mis deseos para tratamiento medico.
- Este documento va a ser seguido/observado **ÚNICAMENTE** cuando yo tenga una enfermedad o condición médica en este documento.
- Si usted solicita que no se le haga resucitación (CPR) fuera del hospital, el estado de Florida requiere una forma o solicitud especial (DH Form 1896). Averigüe con las oficinas de su estado si estas formas especiales son requeridas en su estado.

Enfermedades/Condiciones (en las cuales las posibilidades de recuperación son pocas o la posibilidad no tiene probabilidades razonables):

Use la siguiente lista como una referencia cuando conteste preguntas en la página siguiente.

- **Enfermedades Terminales:** Yo he avanzado hasta los estadios finales de mi vida a pesar de un tratamiento medico completo. El daño a mis órganos vitales no permite una función adecuada y no pueden ser reemplazados por un transplante (ejemplos son un cáncer diseminado en el que el tratamiento medico no es de ninguna ayuda o un Corazón o pulmones severamente dañados que causan severa falta de aire con cualquier actividad a pesar de tratamiento con oxígeno).
- **Estado Inconciente (Estado vegetativo permanente):** Yo he estado y continuo totalmente inconciente sin ninguna posibilidad razonable de recuperación o de despertarme (como en el caso de daño cerebral causado por la perdida de sangre o falta de oxígeno al cerebro o heridas en la cabeza).
- **Confusión Permanente:** Yo soy incapaz de recordar, comprender o tomar decisiones. Yo no reconozco a mis seres queridos y no soy capaz de tener una conversación coherente con ellos (un ejemplo es el estado final de la demencia de Alzheimer's).
- **Dependencia Total:** Yo no soy capaz de hablar claramente o movilizarme solo. Yo dependo de otros para mi alimentación e higiene personal y no soy capaz de comunicarme. Mi condición no va ha mejorar con rehabilitación u otros medios (un ejemplo es un accidente cerebrovascular severo que produce parálisis y perdida del habla).

Opciones de Tratamiento (que intentan prolongar la vida):

Escoger "No" significa que yo he escogido que la muerte siga su curso natural sin interferencia medica. Tratamiento para aliviar dolor y sufrimiento continuara.

- **CPR or RCP (Resucitación Cardiopulmonar):** Intentar hacer que mi corazón vuelva a latir después de que haya parado de latir y volverme ha hacer respirar después de que he dejado de respirar; usualmente esto requiere un choque eléctrico al pecho, compresiones del pecho, poner un tubo en la garganta para respirar y el uso de una maquina para respirar .
- **Medios Artificiales Para Prolongar la Vida:** El uso de maquinas que performen la función de los órganos que han dejado de funcionar, típicamente en la unidad de cuidados intensivos.
- **Cirugía, estudios de laboratorio, transfusión de sangre, antibióticos, etc.:** Estos son estudios y tratamientos para diagnosticar y tratar condiciones específicas. Cuando yo no tenga posibilidades razonables de recuperación, tales estudios y tratamientos no ofrecen beneficio y pueden prolongar innecesariamente el sufrimiento e interferir con una muerte natural.
- **Alimentación Por Tubos:** Cuando ya no tenga posibilidad razonable de recuperación y no pueda deglutir, el uso de tubos en el estomago para darme nutrición artificial e hidratación no ofrecen beneficio y pueden prolongar innecesariamente mi muerte natural.

Plan De Cuidado Del Proyecto GRACE

Yo _____ quiero escoger como debo ser tratado durante los últimos días de mi vida. Yo solicito que se me de tratamiento suficiente para prevenir sufrimiento innecesario, que incluye dolor, sofocación y stress psicológico y emocional. Cuando ya no pueda hacer mis propias decisiones en el cuidado de mi salud, yo ordeno a mi(s) médico(s), otros profesionales de la salud y a mi apoderado de salud que sigan las directivas de este documento. Mis preferencias acerca de tratamientos para cuatro condiciones que tienen poca o ninguna posibilidad de recuperación son:

Animo a mi sustituto y médico que impliquen el Hospice en la primera oportunidad.

Iniciales

PREFERENCIAS DE TRATAMIENTO PARA CONDICIONES QUE TIENEN POCA O NINGUNA POSIBILIDAD DE RECUPERACIÓN:

(Marcar "Si" significa que si quiero el tratamiento para la condición listada.
Marcar "No" significa que no quiero tratamiento para la condición listada).

Enfermedad/Condicion	RCP (Resuscitación Cardiopulmonar)		Medios Artificiales (Máquinas)		Cirugía, Transfusiones, Antibióticos		Alimentación por Tubo en la Vena o Tubo en el Estómago	
Enfermedad Terminal:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Estado Inconciente Permanente:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Confusion Permanente:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dependencia Total:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Otras Instrucciones: _____

Yo quiero _____ yo no quiero _____ donar mis órganos o tejidos para el beneficio de otros, aún cuando se me considere un candidato adecuado para tal efecto.

Persona Elegida Como Mi Sustituto Para Asuntos de Tratamientos Médicos

Cuando yo no sea capaz de expresar mis propios deseos o proveer autorización para abstener o discontinuar tratamiento médico para prolongar la vida, yo designo a la siguiente persona (s) para que hagan decisiones por mi, que consistentes con el espíritu de este documento y mis deseos expresados previamente.

Designado/a:	Alterno/a:
Teléfono ()	Teléfono ()
Dirección	Dirección

Por medio de la presente otorgo extensión de responsabilidad a mis médicos y a todos aquellos proveedores de servicios médicos que en buena voluntad proporcionan o se niegan a proporcionar cuidados médicos, si ellos creen que tal/es acción/es es/son consistente/s con mis deseos expresados. Por medio de la presente le pido a mi familia y a cualquier persona designada por cuenta mia que sigan mis deseos y directivas y que tomen cualesquiera pasos sean necesarios, incluyendo acciones legales, para asegurarse que mis deseos y directivas sean obedecidas. Yo, por medio de la presente dirijo a mi Apoderado o representante legal que administra mis fondos económicos, que haga disponibles de los mismos a mi sustituto en cuidados médicos o a cualquier otro obrando por mi cuenta para asegurarse que mis deseos según son expresados en este documento, sean obedecidos.

Nombre Impreso:	Firma:
	Teléfono ()
Dirección:	Fecha:
Testigo – Nombre Impreso:	Firma:
Dirección:	
Testigo – Nombre Impreso:	Firma:
Dirección:	

Que Hacer Con Este Documento Para Plan De Cuidado Avanzado.

- Mantenga siempre una copia del documento original. Póngalo en su archivo personal donde otras personas tengan acceso.
- Dele una copia a su(s) médico(s).
- Lleve una copia al hospital cada vez que sea admitido.
- Dele una copia a su apoderado de salud, explíquele el significado y el propósito de su plan de cuidado anticipado y tenga una discusión detallada acerca de sus deseos de cuidado médico y deseos al final de su vida.
- Digales a sus parientes mas cercanos el contenido de su documento para plan de cuidado anticipado.
- Dele una copia a su guia espiritual.
- Si usted tiene un “Living Will”-preexistente u otro documento de cuidado avanzado, destrúyalos (originales y copias) y provea de los nuevos documentos a los individuos mencionados arriba.
- Algunos estados requieren una forma adicional del estado que tiene que ser completada si usted no quiere que le den resucitación cardiopulmonar (RCP). Usted debe consultar con su proveedor de salud o con autoridades de salud del estado para averiguar si su estado requiere estas formas adicionales para prevenir RCP (Forma “DNR”).
- Si usted siente que este documento es útil para usted, comparta la idea con amigos y parientes y diríjalos a Proyecto GRACE para más información y su propio plan de cuidado avanzado.



Para más Información:

Project GRACE • 5771 Roosevelt Blvd. • Clearwater, FL 33760
Teléfono (727) 536-7364 • Llamada Gratis 1-877-99-GRACE • Facsímil (727) 536-7365
www.projectgrace.org