

PLAN ANTICIPADO DE ATENCIÓN MÉDICA

Yo, _____ quiero elegir la manera como seré tratado(a) durante los últimos días de mi vida. Solicito que se me dé el tratamiento médico que sea suficiente para prevenir sufrimiento innecesario, incluido dolor, asfixia y estrés emocional y psicológico. Cuando yo sea incapaz de tomar mis propias decisiones respecto al cuidado de mi salud, pido a mi(s) médico(s), otros proveedores de atención médica y mi representante para el cuidado de la salud que sigan las instrucciones anticipadas del presente documento. Mis opciones respecto a los tratamientos para cuatro afecciones que tienen poca o ninguna posibilidad de recuperación son:

Opciones terapéuticas para afecciones que tienen poca o ninguna oportunidad de recuperación

Marcar "Sí" quiere decir que YO QUIERO tratamiento para la afección mencionada.
Marcar "No" quiere decir que YO NO QUIERO tratamiento para la afección mencionada.

<u>Enfermedades/Afecciones</u>	CPR-Resucitación Cardiopulmonar		Soporte vital (con máquinas)		Cirugía/Sangre/ Antibióticos/Análisis de laboratorio		Alimentación por tubos (por vía intravenosa o estomacal)	
Enfermedad en fase terminal:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Estado de inconciencia permanente:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Confusión permanente:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Dependencia total:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Otras instrucciones: _____

Si cumpliera los criterios médicos: Yo deseo _____ Yo no deseo _____ donar mis órganos y/o tejidos para beneficio de otras personas.

Selección del representante para el cuidado de mi salud

Cuando yo no pueda expresar mis propias decisiones o dar mi consentimiento para rechazar o interrumpir el tratamiento médico para prolongar la vida, asigno a la(s) siguiente(s) persona(s) para que tome(n) las decisiones terapéuticas en mi nombre de acuerdo con el espíritu del presente documento y mis deseos previamente expresados:

Designado/a: _____

Nº de Teléfono (_____) _____ Dirección _____

Suplente: _____

Nº de Teléfono (_____) _____ Dirección _____

Por medio del presente eximo de responsabilidad a mis médicos y todos los demás proveedores de atención médica que de buena fe me atiendan o se nieguen a proporcionarme tratamiento, si ellos creen, de manera razonable, que tal(es) acción(es) es(son) consistente(s) con mis deseos. Además, pido que mi familia y cualquier persona que actúe en mi nombre sigan mis deseos e instrucciones y tomen las medidas necesarias, incluidas acciones legales, para asegurarse de que mis deseos e instrucciones se cumplan. Instruyo a mi Apoderado o el Representante Legal que administre mis fondos económicos en mi nombre que ponga dichos fondos a disposición de mi representante para el cuidado de la salud o cualquier otra persona que actúe en mi nombre, para asegurarse de que se cumplan mis deseos tal como se expresan en el presente documento.

Su nombre en letra de molde _____ **Firma** _____

Nº de Seguro Social _____ - _____ - _____ Teléfono (_____) _____ Fecha _____

Dirección _____

Testigo: Nombre en letra de molde _____ **Firma** _____

Dirección _____

Testigo: Nombre en letra de molde _____ **Firma** _____

Dirección _____

(Los Representantes para el Cuidado de la Salud NO pueden actuar como testigos para el presente documento.
Uno de los testigos NO puede ser su cónyuge o un pariente consanguíneo.)