

DIRECTIVA ANTICIPADA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

En este formulario, creado por cortesía de Lancaster General Health, se incluyen el poder legal duradero de salud y el testamento vital. Estos documentos sirven para expresar mis deseos e instrucciones de mis cuidados médico cuando yo no sea capaz de tomar mis propias decisiones médicas.

Mi información personal

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: (____) _____

Fecha de nacimiento: _____

SECCIÓN I: PODER LEGAL DURADERO DE SALUD

En esta sección, usted determina por escrito a la persona que se va a encargar de decidir por usted qué tipo de cuidado médico va a recibir únicamente cuando usted no sea capaz de tomar sus propias decisiones médicas. Si usted no designa a nadie en esta sección, la persona(s) identificada en 20 Pa.C.S.A. §5461(d) estará autorizada para tomar decisiones médicas por usted.

A. No Agente de cuidado de salud

Escriba sus iniciales en la línea de abajo si no va a designar a ninguna persona para tomar decisiones de salud por usted. Usted no tiene la obligación de designar a alguna persona. Después de escribir sus iniciales abajo, deje en blanco las secciones B, C, D, y E.

_____ Yo NO designo a ningún agente de cuidado de salud.

B. Mi agente de cuidado de salud

Yo asigno a la siguiente persona como mi agente de cuidado de salud:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: (____) _____ Celular: (____) _____

C. MI SEGUNDA OPCIÓN

Si la persona en la sección B no puede o no desea servir como mi agente de cuidado de salud. Nombro a la siguiente persona como una segunda opción:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: (____) _____ Celular: (____) _____

MI TERCERA OPCIÓN

Si la persona designada como mi segunda opción no puede o no desea servir como mi agente de cuidado de salud, yo nombro a la siguiente persona como mi tercera opción:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: (____) _____ Celular: (____) _____

D. Autoridad de mi Agente de Cuidado de Salud

Autorizo a mi agente de cuidado de salud a tomar las siguientes decisiones acerca de mi cuidado médico solo en caso de que yo no pueda tomar esas decisiones por mí mismo. (*Tache las decisiones que usted **no quiere** que su agente de salud haga por usted*).

1. Autorizar, detener, o suspender cuidado médicos y procedimientos quirúrgicos
2. Autorizar, detener o suspender nutrición (comida) o hidratación (agua) medicamente administradas a través de sondas colocadas en mi nariz, estómago, intestinos, arterias o venas
3. Autorizar mis hospitalizaciones o altas médicas de alguna facilidad médica, de enfermería, residencial o entidad similar y hacer los arreglos necesarios con mi seguro médico para recibir atención y cuidado, incluyendo servicios de hospicio y/o cuidados paliativos
4. Contratar y despedir personal médico como trabajadores sociales, y cualquier otra persona responsable de mi cuidado.
5. Tomar cualquier acción legal necesaria para cumplir con lo que yo he decidido
6. Solicitar al médico responsable de mi cuidado expedir una orden de NO RESUCITAR (DNR por sus siglas en inglés), incluyendo una orden DNR afuera del hospital, y firmar cualquier documento y consentimiento que se requiera.

E. Autoridad Adicional de mi Agente de Cuidado de Salud

1. Si llego a sufrir un daño cerebral severo o irreversible o sufrir de una enfermedad cerebral sin esperanzas realistas de recuperación, para mi dicha situación es una condición intolerable además de innecesarios y gravosos la aplicación agresiva de tratamientos médicos. Por lo tanto, por medio de la presente solicito a mi agente de salud responder a cualquier condición de vida o muerte interviniendo de la misma manera indicada a seguir en caso de una condición médica terminal o estado permanente de inconciencia tal y como lo he indicado en la sección II.
(Escriba sus iniciales en una de las líneas de abajo)

_____ Estoy de Acuerdo _____ No estoy de acuerdo

2. En las siguientes líneas, escriba algunas instrucciones que sean importantes y apropiadas para su cuidado de salud y que puedan servirle como guía a su agente de cuidado de salud:

SECCIÓN II: TESTAMENTO VITAL

Haciendo uso de mi derecho de tomar mis propias decisiones relacionadas con el cuidado de mi salud, a continuación se enlistan las instrucciones a seguir de los tratamientos y cuidados médicos que quiero. Estas instrucciones tienen la intención de proporcionar de una manera clara y convincente mis deseos cuando me falte la capacidad para entender, tomar o comunicar mis propias decisiones sobre mis tratamientos o esté en un estado permanente de inconciencia o en una condición terminal.

A. Si tuviera una condición médica terminal (la cual resultará en mi muerte, a pesar del inicio o continuación de algún tratamiento médico), o si estuviera inconsciente como en un estado de coma irreversible o en estado vegetativo y no existiera ninguna esperanza realista de una recuperación significativa, aplicarían todas o algunas de las siguientes instrucciones *(Escriba sus iniciales en una de las líneas de abajo)*:

_____ **YO NO QUIERO** recibir tratamientos agresivos y por lo tanto deseo se respeten las siguientes instrucciones:

1. Ordeno se me proporcione tratamiento médico para reducir el dolor o mantenerme confortable aún si dicho tratamiento acortara mi vida, suprimiera mi apetito o respiración o creara algún hábito.
2. Ordeno que todos los procedimientos para mantenerme con vida sean suspendidos o retirados
3. No quiero que se sigan ninguna de los siguientes procedimientos para mantenerme con vida: RCP, ventilador mecánico, diálisis, cirugía, quimioterapia, tratamientos de radiación o antibióticos.

_____ **YO QUIERO** recibir tratamiento agresivo y espero que mi equipo de atención médica haga todo lo posible para mantenerme con vida dentro de los límites y estándares médicos aceptables.

B. Información Adicional

1. Si tengo una condición terminal o estuviera en un estado permanente de inconciencia y no hubiera esperanzas realistas de mi recuperación, estoy indicando abajo, si quiero o no recibir nutrición (alimento) o hidratación (agua) por medio de una sonda (tubo) en mi nariz, estómago, intestino, arterias o venas. *(Escriba sus iniciales en una de las siguientes líneas):*

_____ SI, quiero recibir alimentación por sonda.

_____ NO, quiero recibir alimentación por sonda

2. Si designe a un agente de cuidado de salud en la Sección I, estoy indicando en las líneas siguientes si quiero o no que mi agente siga las instrucciones indicadas en la Sección II en caso de estar en una condición terminal o que me encuentre en un estado permanente de inconciencia. *(Escriba sus iniciales en una de las siguientes líneas):*

_____ Mi agente de cuidado de salud deberá seguir las instrucciones incluidas en ésta Sección II.

_____ Mi agente de cuidado de salud podría utilizar estas instrucciones como una guía y anular las instrucciones incluidas en ésta Sección II.

3. A continuación estoy indicando si quiero o no donar mis órganos o tejidos después de mi muerte con propósitos de utilizarlos para trasplantes, estudios médicos o educativos. *(Escriba sus iniciales en una de las siguientes líneas):*

_____ Si, doy mi autorización para donar mis órganos y tejidos.

_____ No, doy mi autorización para donar mis órganos y tejidos.

SECCIÓN III: FIRMA

La ley en el estado de Pensilvania, protege a mi representante de atención médica y a mis proveedores de atención médica de cualquier responsabilidad legal contra ellos que de buena fe respetan y siguen mis deseos expresados en este documento o cumplen con las indicaciones expresadas de mi representante de atención médica. En representación de mis albaceas, herederos y yo mismo, libero de cualquier tipo de responsabilidad a mi representante de salud y a mis proveedores de atención médica por cualquier reclamo que se hicieran contra ellos por sus acciones que de buena fe hayan tomado para respetar la autoridad de mi apoderado o al seguir mis instrucciones de tratamiento.

Después de haber leído cuidadosamente este documento, lo estoy firmado en el día, _____ del mes de _____ del año 20_____, revocando cualquier directiva anticipada o testamento vital que hayan sido realizados previamente.

(Firma)

La ley en el estado de Pensilvania requiere que los dos testigos tengan mínimo 18 años de edad. Además deben dar fe de la firma del interesado estando todos presentes a la hora de firmar este documento. Una persona que firme este documento a nombre de o bajo la dirección del interesado no puede firmar como testigo. Es preferible si los testigos que elige no son sus herederos, ni sus acreedores, ni empleados de la organización de salud en donde se le está atendiendo.

(Firma de Testigo)

(Nombre del Testigo)

(Firma de Testigo)

(Nombre del Testigo)