

TESTAMENTO EN VIDA Y DESIGNACIÓN DE UN SUSTITUTO DE CUIDADOS MÉDICOS

Yo, _____, deseo elegir cómo voy a ser tratado(a) por mis médicos y otros proveedores de cuidados médicos. Si llega el momento en que no puedo comunicarme o tomar mis propias decisiones sobre mi propia salud, debido a una enfermedad o lesión, instruyo a mis médicos, a mi sustituto de cuidados médicos, y a mi familia, que honren este testamento en vida.

Parte 1 – Designación de un sustituto de cuidados médicos

En caso de que no pueda comunicarme o que sea incapaz de tomar las decisiones para recibir, rehusar, o suspender los procedimientos u otros tratamientos médicos, designo a mi sustituto de cuidados médicos para que tome las decisiones en mi lugar, de acuerdo a su comprensión de mis deseos y valores.

Mi sustituto de cuidados médicos asignado es:	
Nombre:	
Dirección:	
Teléfono:	Teléfono alternativo:

Si mi sustituto de cuidados médicos asignado es incapaz o renuente, mi segunda opción (Sustituto alternativo) es:	
Nombre:	
Dirección:	
Teléfono:	Teléfono alternativo:

Parte 2 – Indicación de sus deseos

Yo entiendo que este testamento en vida se hará efectivo únicamente cuando yo ya no sea capaz de comunicarme o cuando no pueda hacer mis decisiones de cuidados médicos. Cuando dos médicos hayan determinado que yo padezco de una de las siguientes condiciones:

- ⇒ una condición terminal o en fase final, y que haya muy poca o ninguna probabilidad de recuperación
- ⇒ una condición de inconciencia permanente o irreversible, tal como un estado en coma o vegetativo
- ⇒ una enfermedad mental o física irreversible y severa que me impida la comunicación con otros, el reconocimiento de mi familia y amigos, o el cuidado por mí mismo en alguna forma

Entonces quiero que mis médicos y demás me proporcionen un cuidado de bienestar (paliativo) que incluye alivio de todo dolor físico, sofocación y angustia mental. Si llego a desarrollar una de las condiciones arriba mencionadas, mis opciones de tratamiento son:

Mis opciones específicas si tengo alguna de las condiciones arriba mencionadas	Sí Quiero	No No quiero
	<i>Circule Sí o No</i>	
Resucitación cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés) si mi corazón o mi respiración se detiene	Sí	No
Una máquina de respiración si no puedo respirar por mí mismo	Sí	No
Nutrición y líquidos a través de tubos en mis venas, nariz o estómago	Sí	No
Diálisis renales, un marcapasos o desfibrilador u otras máquinas similares	Sí	No
Cirugía o la admisión a una Unidad de cuidados intensivos	Sí	No
Medicamentos que pueden prolongar mi muerte, tales como antibióticos	Sí	No
Yo quiero que Hospice se involucre en mi cuidado. a la primera oportunidad	Sí	No

ADVANCE DIRECTIVE

BC 4821 Please copy both sides. Rev. 12/10
Original-Patient Page 1 of 2 Copy-Medical Record

P
A
T
I
E
N
T

Si una decisión médica tiene que ser hecha por mí y mi decisión no se ha indicado arriba, deseo que mi sustituto de cuidados médicos haga y comunique estas decisiones por mí.

Otra información (opcional):

La calidad de vida es importante para mí. Estas son las cosas que me dan calidad de vida:

Parte 3 – Legalización

Yo entiendo completamente el significado de esta declaración, estoy emocional y mentalmente competente para hacerla, y he estudiado cuidadosamente esta declaración.

Firma Fecha y hora Escriba su nombre en letra de molde

*Testigo 1: _____

Firma del testigo 1 Escriba su nombre en letra de molde Fecha y hora

Dirección: _____

*Testigo 2: _____

Firma del testigo 2 Escriba su nombre en letra de molde Fecha y hora

Dirección: _____

* Su (s) sustituto(s) de cuidados médicos no pueden servir como testigos en este testamento en vida. Al menos uno de los testigos no debe ser su esposo(a) ni un pariente consanguíneo.

ADVANCE DIRECTIVE

BC 4821 Please copy both sides.
Original-Patient Page 2 of 2

Rev. 12/10
Copy-Medical Record

P
A
T
I
E
N
T