

Instrucciones para completar la directiva de atención médica

1. Escriba su nombre en letra imprenta en la primera línea en blanco. “Yo, MI NOMBRE, quiero que todo el que me atienda sepa qué tipo de atención médica deseo cuando no pueda comunicar a otras personas lo que quiero.
2. Reflexione acerca de la siguiente frase: “Una calidad de vida inaceptable para mí significa...” y marque cada uno de los puntos que correspondan de la lista que se encuentra más abajo.

Esto significa que si usted estuviera en las condiciones descritas, querría que su familia y los médicos detuvieran el tratamiento o desistieran de él. Usted no desearía seguir viviendo en esas condiciones.

Puede agregar cuantas palabras desee en las líneas en blanco para describir más detalladamente las condiciones en las que no quisiera seguir recibiendo tratamiento. Puede tachar cualquier punto de este formulario con el que no esté de acuerdo o que no desee.

3. Reflexione acerca de la frase: “Hay ciertos procedimientos a los que no quiero someterme bajo ninguna circunstancia”.

Si ha decidido que nunca desearía someterse a un tratamiento de la lista, marque ese casillero. Si aún no lo ha decidido o si le gustaría que su médico intentara ese tratamiento, deje el casillero en blanco.

4. Reflexione acerca de la frase: “Cuando esté próximo a morir, sería importante para mí que...”. Puede escribir lo que desee en estas líneas. Algunas personas dicen: “Quiero recibir atención de hospicio”, “Quiero morir en mi hogar” o “Quiero a mi familia cerca de mí”. Si lo desea, puede dejar estas líneas sin completar.
5. Debe firmar en el dorso del formulario y debe hacerlo en presencia de un testigo.

El testigo no debe estar vinculado a usted por lazos de sangre, matrimonio o adopción, no debe ser heredero suyo y no debe tener participación directa en su atención médica.

En Arizona, no es necesario otorgar este formulario ante escribano, pero hay un espacio para un escribano si así lo desea.

6. Entregue una copia de su directiva de atención médica a su apoderado de atención médica (servicios médicos), a su familia y amigos cercanos, y a su médico. Conserve una copia para llevarla al hospital o clínica si se enferma y necesita tratamiento.

Instrucciones para completar el poder de atención médica (servicios médicos) con autoridad en salud mental

1. Escriba su nombre en letra de imprenta en la primera línea en blanco.

“Yo, MI NOMBRE, en mi calidad de concedente, designo a...”

2. Escriba en letra de imprenta, en la siguiente línea en blanco, el nombre de la persona a quien ha elegido para otorgarle un poder de atención médica (servicios médicos).

“EL NOMBRE DE LA OTRA PERSONA, como mi representante en todo lo concerniente a mi atención médica...”

3. Escriba en letra de imprenta, en la siguiente línea en blanco, la dirección y número de teléfono de la persona a quien ha elegido como su apoderado de atención médica (servicios médicos).

“Escriba en letra de imprenta la DIRECCIÓN y el TELÉFONO del representante”.

4. Usted puede indicar el nombre de otra persona como suplente de su apoderado de atención médica (servicios médicos). Esta segunda persona asumiría la responsabilidad en caso de que la primera persona que usted designó no esté disponible o sea incapaz de tomar decisiones por usted.

“Para el caso en que mi representante no desee o no pueda cumplir o continuar cumpliendo su tarea, por la presente designo a NOMBRE DE LA SEGUNDA PERSONA como mi representante”.

5. Si designa a una segunda persona como suplente, complete el siguiente espacio en blanco con la dirección y el teléfono de esa persona. En caso de no elegir una segunda persona como suplente, deje esta última línea en blanco.

6. Debe firmar este formulario en presencia de un testigo.

El testigo no debe estar vinculado a usted por lazos de sangre, matrimonio o adopción, no debe ser heredero suyo y no debe tener participación directa en su atención médica.

En Arizona, no es necesario otorgar este formulario ante escribano, pero hay un espacio para un escribano. Si viaja fuera del estado con estos documentos, es aconsejable que un escribano certifique su firma.

7. Entregue una copia de este formulario a su apoderado de atención médica (servicios médicos), a su familia y amigos cercanos, y a su médico. Conserve una copia para llevarla al hospital o clínica si se enferma y necesita tratamiento.