

INSTRUCCIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD (TESTAMENTO VITAL)

Yo, _____ deseo que todas las personas que me atiendan sepan el tipo de atención de salud que deseo, en caso de que ya no pueda comunicarles lo que deseo.

SECCIÓN 1:

Deseo que mi médico pruebe tratamientos que me podrían ayudar a volver a tener una calidad de vida aceptable. Sin embargo, si mi calidad de vida se vuelve inaceptable para mí y mi enfermedad no mejora (es irreversible), ordeno que se retiren todos los tratamientos que me prolonguen la vida.

Una calidad de vida inaceptable para mí quiere decir: (marque todas las opciones que correspondan)

- Inconsciente (coma crónico o estado vegetativo permanente)
- Incapacidad para comunicar mis necesidades
- Incapacidad para reconocer a mi familia o amigos
- Dependencia total o casi total de otras personas para el cuidado
- Otro: _____

Marque sólo una alternativa:

- Incluso si tengo la calidad de vida descrita anteriormente, aún deseo que me administren los alimentos y el agua por medio de una sonda o vía intravenosa (IV).
- Si tengo la calidad de vida descrita anteriormente, NO deseo que me administren los alimentos y el agua por medio de una sonda o vía intravenosa (IV).

SECCIÓN 2: (Puede dejar esta sección en blanco)

Algunas personas no desean recibir algunos tratamientos bajo ninguna circunstancia, incluso si se pudiesen recuperar.

Marque a continuación los tratamientos que **no** desea recibir bajo ninguna circunstancia:

- Reanimación cardiopulmonar (RCP)
- Ventilación (con un respirador)
- Sonda de alimentación
- Diálisis
- Otro: _____

SECCIÓN 3:

Cuando se aproxime mi muerte, para mí es importante que: _____

(Cosas como cuidados paliativos, lugar de muerte, arreglos del funeral, preferencia de cremación o entierro.)

ASEGÚRESE DE FIRMAR LA PÁGINA 2 DE ESTE FORMULARIO

- Si sólo desea un Poder de atención de salud (médico), haga una X grande en toda esta página.
- Hable sobre este formulario con la persona que haya escogido para tomar decisiones por usted, su médico, su familia y amigos. Dele a cada uno de ellos una copia de este formulario.
- Lleve una copia de este formulario siempre que vaya al hospital o viaje.
- Debe revisar este formulario a menudo.
- Puede cancelar o modificar este formulario en cualquier momento.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN, COMUNÍQUESE CON DECISIONES DE ATENCIÓN DE SALUD EN EL (602) 222-2229 O EN WWW.HCDECISIONS.ORG

PODER DE ATENCIÓN DE SALUD (MÉDICO) CON AUTORIDAD DE SALUD MENTAL

Es importante que escoja a alguien para que tome las decisiones de atención de salud por usted cuando no pueda hacerlo. **Dígale a dicha persona (apoderado) lo que desea.** La persona que escoja tiene derecho a tomar cualquier decisión para garantizar que se respeten sus deseos. Si NO escoge a nadie para que tome decisiones por usted, escriba NONE (NADIE) en la línea del nombre del apoderado.

Yo, _____, como poderdante, designo a _____ como mi apoderado para todos los asuntos relacionados con mi salud (inclusive mi salud mental), lo que incluye, entre otros, amplios poderes para aceptar o rechazar todo tipo de atención médica, quirúrgica, hospitalaria o relacionada con mi atención de salud. Este poder tiene vigencia al momento que sea incapaz de tomar o comunicar decisiones de atención de salud. Todas las acciones de mi apoderado conforme a este poder durante cualquier período de tiempo en que no pueda tomar o comunicar decisiones de atención de salud o cuando no se sepa si estoy vivo o muerto, tienen el mismo efecto sobre mis herederos, legatarios y representantes personales que si yo estuviese vivo, competente y actuando por mí mismo.

_____ Al colocar mis iniciales aquí, consiento expresamente en dar a mi apoderado la autoridad para admitirme en un programa de hospitalización psiquiátrica parcial o completa si lo ordena mi médico.

_____ Al colocar mis iniciales aquí, esta instrucción de atención de salud, que incluye el poder de atención de salud mental, no se puede revocar si estoy incapacitado.

Escriba en letra de imprenta la DIRECCIÓN y el TELÉFONO del apoderado

Si mi apoderado no deseara o estuviese incapacitado para seguir representándome, por medio del presente nombro a:

_____ Como mi apoderado.

Escriba en letra de imprenta la DIRECCIÓN y el TELÉFONO del apoderado suplente:

Deseo que mi apoderado sea tratado como si fuese yo respecto al uso y la divulgación de mi información de salud que me identifique como persona u otros registros médicos. Esta autorización para divulgación se aplica a cualquier información que se rija por la Ley sobre responsabilidad y transferibilidad del seguro de salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés), 42 USC 1420D y 45 CFR 160-164.

FIRME AQUÍ para los formularios del Poder de atención de salud (médico) y/o Instrucción de atención de salud

Pida a una persona, que no esté relacionada con usted ni conectada financieramente con usted ni su sucesión, que sea testigo de su firma.

Firma _____ Fecha _____

Conozco personalmente a la persona nombrada anteriormente y creo que está con todas sus facultades mentales y ha llenado este documento voluntariamente. Tengo al menos 18 años y no estoy relacionado con esta persona de forma consanguínea, política o por adopción y no soy un apoderado designado en este documento. A mi entender no soy beneficiario de su testamento ni codicilo, y no tengo reclamaciones por su patrimonio. No participo directamente en su atención de salud.

Testigo _____ Fecha _____

Este documento puede firmarse ante notario en vez de usar un testigo.

El día _____ de _____ del año _____, compareció personalmente ante mí la persona que firma, conocida por mí como la persona que llenó este documento y que reconoció haberlo hecho por voluntad propia. EN FE DE LO CUAL, estampo mi sello oficial en el condado de _____.

Estado de _____, en la fecha que se indica anteriormente.

Notario público _____

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN, COMUNÍQUESE CON DECISIONES DE ATENCIÓN DE SALUD EN EL (602) 222-2229 O EN WWW.HCDECISIONS.ORG