

FORMAS PARA LA DIRECTIVA POR ANTICIPADO y MIS DERECHOS PARA GUIAR MI ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
SSN: XXX - XX - _____ (últimos 4 dígitos)

Tengo por lo menos 18 años de edad, y me encuentro en mi sano juicio. He recibido información concerniente a mis derechos para elaborar directivas por anticipado y entiendo las siguientes declaraciones.

- Las leyes federales y estatales establecen que en el presente puedo poner por escrito mis deseos para futuras decisiones sobre mi atención médica. Si algún día me encuentro enfermo o herido, y no puedo tomar decisiones sobre mi atención médica por mi mismo, las directivas por anticipado escritas pueden ayudar a guiar a mis médicos y a otros a elaborar planes de tratamiento o a utilizar procedimientos de soporte vital (para prolongar la vida).
- **Puedo utilizar la Parte A** de ésta forma para nombrar a otra persona que pueda hablar con mis médicos y tomar decisiones con referencia a mi atención médica por mi si yo no me encuentro en la posibilidad de hacerlo (este es un tipo de directiva por anticipado que comúnmente se conoce como poder notarial duradero para la atención médica o representante de atención médica);

Y/O

- **Puedo utilizar la Parte B** de esta forma para informar a mis médicos de manera directa sobre mis decisiones si no me encuentro en la posibilidad de informármelos en el futuro (este es otro tipo de directiva por anticipado que comúnmente se conoce como directiva de atención médica, declaración o testamento en vida).
- Nadie puede obligarme a firmar una directiva por anticipado. Tengo el derecho de elegir no elaborar una directiva por anticipado.
- Esta información y estas formas han sido proporcionadas para mi conveniencia. Puedo utilizar otro formato de directiva por anticipado o puedo utilizar ésta forma con cambios y adiciones. Mis proveedores de atención médica pueden ayudarme con preguntas y proporcionarme más información de ser requerida. Mi directiva por anticipado se adjuntará a mi historial médico si yo entrego una copia a mis proveedores de atención médica. En algunos estados puede existir un registro de directivas por anticipado donde se pueden archivar mis documentos para que otros puedan tener acceso a ellos de ser necesario. Una copia de directiva por anticipado es válida. También es de ayuda informar a otras personas cercanas a mí sobre mis decisiones y entregarles una copia de mi(s) directiva(s) por anticipado.
- Las directivas por anticipado no se deben utilizar para la eutanasia, suicidio asistido o cualquier acto deliberado o afirmativo u omisión para acortar o terminar la vida mediante un proceso no permitido por la ley.
- Para propósitos de estos documentos, el tratamiento médico y procedimientos se indican como soporte vital (prolongamiento de vida) si su uso prolongara solamente el proceso de muerte o mantuviera al paciente en un estado persistentemente inconsciente.
- Puedo elegir renunciar a tratamientos de soporte vital (para prolongar la vida) los cuales son agobiantes o desproporcionales cuando no existe una esperanza razonable de recuperación.
- El cuidado, comodidad y alivio de dolor se me brindaran siempre.
- En tanto que tengo el derecho a aceptar o rechazar tratamiento, es probable que no se me ofrezca ningún tratamiento que se considere inefectivo o inútil por parte de mis proveedores de atención médica.
- Mientras estoy embarazada, mi directiva por anticipado para rechazar tratamiento de soporte vital podrá no seguirse según lo establezcan las leyes estatales, con la excepción de circunstancias especiales.
- Puedo invalidar una directiva por anticipado en cualquier momento; al firmar una nueva directiva por anticipado se cancela cualquier otra previamente elaborada.
- Para más información sobre la Ley de Auto-Determinación del Paciente de 1990 o de leyes estatales sobre las directivas por anticipado, puedo contactar a la Procuraduría Estatal, consultar con mi abogado o proveedor de atención médica o visitar la página de internet mercy.net.
- Mi proveedor de atención médica deberá notificarme si las decisiones de mi directiva por anticipado e instrucciones no pueden o no se seguirán, y de ser así, deberá transferir mi atención médica a otro proveedor o instalación en caso de ser necesario.

PARTE A. PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA ATENCIÓN MÉDICA (Representante de Atención Médica) Para nombrar a otra persona ("Agente/Representante") para tomar decisiones sobre mi atención médica cuando ya no me encuentre en capacidad de tomarlas por mi mismo

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
SSN: XXX - XX - _____ (últimos 4 dígitos)

Este es un Poder Notarial Duradero para la Atención Médica y la autoridad de mi Agente/Representante, cuando esté en efecto, no debe ser terminada o revocada si estoy o caigo en discapacidad o en caso de incertidumbre sobre mi estado de vida o muerte.

1. Deseo nombrar a otra persona para que tome las decisiones pertinentes sobre mi atención médica si ya no estoy en capacidad de decidir por mi mismo. La persona que nombre como mi Agente/Representante puede tener acceso a mi información y expediente médico y será mi representante personal con el poder y autoridad de: elegir a mis proveedores de atención médica y el lugar de mi cuidado (incluyendo mi hogar); tomar decisiones referentes a mi tratamiento; dar consentimiento o rechazar o retirar tratamiento, incluyendo procedimientos de soporte vital (para prolongar la vida).
2. Este documento se hace efectivo cuando ya no esté en la capacidad de comunicar mis decisiones, en tanto esto sea certificado por dos de mis médicos o en tanto la ley lo permita. Podré firmar con mis iniciales aquí para permitir que solamente un médico certifique el documento (en Missouri):

_____ Un médico puede certificar mi incapacidad para tomar decisiones sobre mi atención médica.
Iniciales

3. AGENTE/REPRESENTANTE:

A. Yo nombro a la siguiente persona como mi Agente/Representante verdadero y legítimo, (también conocido como apoderado):

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono(s): 1º _____ 2º _____

B. Agente/Representante Alterno (opcional). Si la persona antes mencionada no se encuentra con la voluntad o disponible para tomar decisiones sobre mi atención médica, o si estamos divorciados o legalmente separados en el futuro, entonces nombro a la siguiente persona como se señala a continuación como mi Agente/Representante alterno para que tenga los poderes aquí descritos.

Primer Agente/Representante Alterno

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono(s): 1º _____
Teléfono(s): 2º _____

Segundo Agente/Representante Alterno

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono(s): 1º _____
Teléfono(s): 2º _____

4. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIAL SUPLEMENTADA: Mi Agente/Representante de atención médica esta autorizado para tomar cualquier decisión sobre tratamientos médicos que yo tomaría de estar en capacidad de hacerlo, Y además: **(Firme con sus iniciales solamente una de las dos opciones.)**

_____ **YO AUTORIZO** a mi Agente/Representante a dar indicación a un proveedor de atención médica para retener o retirar la nutrición e hidratación artificial suplementada (incluyendo los tubos de alimentación de alimentos y agua) en tanto la ley lo permita;*

O

_____ **YO NO AUTORIZO** a mi Agente/Representante a dar indicación a un proveedor de atención médica para retener o retirar la nutrición e hidratación artificial suplementada (incluyendo los tubos de alimentación de alimentos y agua) en tanto la ley lo permita;*

* (En una instalación de atención médica de Mercy, la nutrición e hidratación puede ser retenida o retirada si padezco de una condición irreversible en su etapa final o terminal Y si los medios para preservar mi vida presentan riesgos y cargas que sean mayores a los beneficios esperados o que sean desproporcionales sin una esperanza razonable de beneficio.)

PARTE B: DECLARACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA / TESTAMENTO EN VIDA

Mis Elecciones Sobre el Tratamiento de Soporte Vital y Otros Cuidados

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
SSN: XXX - XX - _____ (últimos 4 dígitos)

Si no me encuentro en capacidad de tomar y comunicar mis decisiones sobre mi atención médica, mis médicos deberán seguir mis decisiones establecidas por escrito para el uso de tratamientos de soporte vital (para prolongar la vida) si padezco de una condición irreversible y que se encuentra en su etapa final o terminal o cuando el pensamiento y conocimiento de mi mismo y el ambiente se encuentran ausentes (persistentemente inconsciente). Esto para ejercer mi derecho a determinar el curso de mi atención médica y proporcionar prueba clara y convincente de mis elecciones e instrucciones. Mis médicos y Agente/Representante deberán intentar seguir razonablemente mis elecciones e instrucciones como lo suscriben mis iniciales a continuación:

1. _____ Yo indico y autorizo a mi proveedor de atención médica a retener o retirar TODO tratamiento y procedimiento de soporte vital (para prolongar la vida) en tanto la ley lo permite. *

O

Mediante la firma de mis iniciales, yo tomo las siguientes decisiones específicas para designar qué tratamientos NO DESEO recibir:

- _____ cirugía o cualquier otro procedimiento invasivo;
- _____ antibióticos;
- _____ ventilador mecánico (respirador);
- _____ terapia de radiación;
- _____ resucitación cardio-pulmonar (CPR);
- _____ diálisis;
- _____ quimioterapia;
- _____ otros procedimientos médicos o cirugías para "prolongar la vida" con el único fin de mantenerme vivo sin una esperanza razonable de mejora en mi condición o de curar mi enfermedad o lesión.

Sin embargo, si mi médico considera que algún procedimiento de soporte vital (que prolonga la vida) puede conducirme hacia una recuperación significativa para mí, entonces indico a mi médico a que intente realizar el tratamiento durante un período de tiempo razonable. Si el tratamiento no lleva a una mejora en mi condición, indico que se retire, aun si al hacerlo se acorta mi tiempo de vida. De la misma manera establezco que se me puede administrar tratamiento para aliviar el dolor o para brindar comodidad aún cuando dicho tratamiento pueda acortar mi tiempo de vida, suprimir mi apetito o mi respiración, o que pueda crear dependencia.

2. **NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIAL:** Mi elección se encuentra indicada mediante la firma de mis iniciales a continuación:

(Firme con sus iniciales solamente una de las dos opciones.)

_____ **YO AUTORIZO** a mi proveedor de atención médica a retener o retirar la nutrición e hidratación artificial suplementada (incluyendo los tubos de alimentación de alimentos y agua) en tanto la ley lo permita;*

O

_____ **YO NO AUTORIZO** a mi proveedor de atención médica a retener o retirar la nutrición e hidratación artificial suplementada (incluyendo los tubos de alimentación de alimentos y agua) en tanto la ley lo permita;*

* (En una instalación de atención médica de Mercy, la nutrición e hidratación puede ser retenida o retirada si padezco de una condición irreversible en su etapa final o terminal Y si los medios para preservar mi vida presentan riesgos y cargas que sean mayores a los beneficios esperados o que sean desproporcionales sin una esperanza razonable de beneficio.)

3. DECISIONES E INSTRUCCIONES ADICIONALES - Otras decisiones e instrucciones importantes para mi atención médica, las cuales no se encuentran descritas en ninguna otra sección de este documento, pueden describirse en el espacio a continuación. (Por ejemplo, pueden ser elecciones de carácter social, cultural, o basadas en la fe que se profesa, o elecciones sobre tratamientos tales como los tubos de alimentación, las transfusiones de sangre, o medicamentos para el dolor. Las declaraciones sobre mis valores u objetivos significativos para la recuperación o cuidado pueden incluirse en este espacio.)

(Si no hay elecciones o instrucciones adicionales, por favor anule con una X y firme con sus iniciales.)

FIRMA PARA LA PARTE B

COMO TESTIGO DE LO ANTES MENCIONADO, he firmado esta Declaración de Atención Médica/Testamento en Vida en este el día _____ del mes de _____ del año _____.

Firma

Dirección

Nombre En Letra De Imprenta

TESTIGOS PARA LA PARTE B

TESTIGOS: La Declaración de Atención Médica/Testamento en Vida (Parte B) fue firmada voluntariamente ante mi presencia en este el día _____ del mes de _____ del año _____. Tengo por lo menos 18 años de edad y no tengo relación con, ni responsabilidad financiera por la atención médica de, ni heredero de, la persona que firmó el documento.

Firma: _____

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

Dirección: _____