

## Instrucciones Sobre el Cuidado de Salud

■ **Lleve una copia de esto con Ud. cuando vaya al hospital** ■

Yo, \_\_\_\_\_, Número de seguro social \_\_\_\_\_ quiero que todos que cuiden de mi entiendan que cuidados deseo cuando sea incapáz de comunicar mis deseos.

Yo espero siempre recibir cuidado y tratamiento para el dolor, ó molestias, aun cuando tal tratamiento puede cortar mi vida, quitarme el apetito, hacer que mis respiraciones sean más despacios, o que me causen adicción.

Yo quiero que mi doctor use tratamientos que me puedan regresar a una vida de calidad aceptable. Lo que quiero decir con "calidad aceptable" es vivir en una forma en que pueda hacer las cosas que son importantes y necesarias para mi. Estas cosas son:

\_\_\_\_\_

Ejemplos: La capacidad de \_\_\_\_\_

• reconocer a mis familiares y amistades	• cuidar de mí mismo	• comunicarme
• comer sin asistencia alguna	• hacer mis propias decisiones	

Yo dirijo que ningún tratamiento me sea dado para mantenerme vivo cuando tenga:

- una condición que me causará morir pronto o
- una condición tan mala (incluyendo daño substancial del cerebro o enfermedad del cerebro) que no se espera que yo recobreré una calidad aceptable de vida para mí (como describo arriba).

Cuando tenga una de la condiciones nombradas arriba, los tratamientos que NO QUIERO que incluya:

- cirugía
- resucitación cardiopulmonar (CPR)
- medicina para tratar las infecciones (antibióticos)
- diálisis
- ventilador/ respirador
- alimentos o líquidos recibidos por vena o sondos por nariz o estómago
- quimioterapia (tratamiento de cáncer)
- transfusiones de sangre
- otro tratamiento \_\_\_\_\_

■ Si Ud. desea alguno de estos tratamientos antes mencionados por favor circúle el tratamiento y añade sus iniciales al final de la línea. ■

Mis otras instrucciones

incluyen: \_\_\_\_\_

Ejemplos:      • cuidado de hospicio                      • morir en casa, si es posible

■ **Favor de firmar este documento a la reversa.** ■

**Hable de este documento y sus ideas sobre el cuidado de su salud con la persona que haya escogido como su agente, su(s) doctor(es), su familia, sus amistades y el pastor de su iglesia. Déle a cada uno una copia completa.** Ud. puede cambiar o cancelar este documento en cualquier momento. Debe revisar este documento de vez en cuando. Cada vez que lo revise ponga sus iniciales y la fecha en esta línea.

\_\_\_\_\_

Este documento es provisto como servicio de Midwest Bioethics Center, La Asociación Legal de Kansas City y La Sociedad Médica de Kansas City Metropolitano. Puede ser archivado del sitio nuestro en la red de computadora.

Para más información, llame al Midwest Bioethics Center —(816) 221-1100  
e-mail—bioethic@midbio.org

## Poder Permanente al Abogado para Decisiones para el Cuidado de Salud

Es importante escoger alguien quien puede hacer decisiones sobre el cuidado de su salud cuando Ud. no tenga esa capacidad. Dígale a esa persona (agente) qué es lo que Ud. quiere que se haga en distintas situaciones. La persona que Ud. escoge tiene el mismo derecho que Ud. para hacer decisiones y para asegurar que los deseos de Ud. sean honrados. Si Ud. no escoge a alguien para funcionar en esta forma, favor de marcar "NADIE" en la línea que corresponde para el nombre de su agente.

Yo designo a la persona nombrada abajo como mi agente con autoridad de decidir detalles del cuidado de mi salud cuando y solo cuando yo este incapacitado para hacerlo o no pueda comunicar mis deseos. Esto es un poder permanente para el abogado para hacer decisiones sobre mi cuidado de salud y la autorización a mi agente no terminará si yo me quedo incapacitado o si no hay certeza de que estoy muerto. Este revoca cualquier Poder Permanente al Abogado para Decisiones para el Cuidado de Salud hecho anteriormente. Mi agente no tiene autorización para designar a ninguna otra persona para que actúe como agente mío. Yo y mi pertenencia consideramos a mi agente y a las personas que me cuidan sin culpa y les protejo contra cualquier queja basada en seguir los detalles escritos en este documento. Cualquier costo debe pagarse de mis propios recursos. Le doy a mi agente autorización entera para las decisiones que sean necesarias para el cuidado de mi salud, incluido en este poder está el derecho de detener o quitar tratamientos que puedan extender mi vida. Al ejercitar este poder, yo entiendo que mi agente será guiado por mis instrucciones específicas como están escritas en mis "Instrucciones sobre el Cuidado de Salud" (vea al reverso). Mi agente está también autorizado para:

- Consentir, negar or retirar el permiso para cualquier cuidado, tratamiento, servicio o proceso (incluyendo supliendo con nutrición artificial y/o hidratación/comida por tubo) usado para mantener, diagnosticar o tratar una condicion fisica o mental.
- Hacer todos los arreglos necesarios para cualquier hospital, facilidad de tratamiento psiquiátrico, hospicio u hogar de cuidado de salud u otra organizacion similar; para emplear o despedir personal hospitalario o servicial (cualquier persona autorizada o permitida por las leyes del estado para proveer servicios del cuidado de salud) como mi agente vea necesario para mi bienestar fisico, mental o emocional.
- Pedir, recibir y revisar cualquier informacion sobre mis asuntos personales o de salud fisica o mental incluyendo archivos médicos y hospitalarios; y para solicitar le sean préstamos otros documentos que sean necesarios para obtener tal información.
- Mudarme dentro o fuera de cualquier Estado o institución con el propósito de cumplir con mis "Instrucciones del cuidado de mi salud" o las decisiones de mi agente.
- Tomar acción legal, si es necesario, para cumplir con mi deseos.
- Hacer decisiones con respeto a la autopsia, donación de órganos y la disposición de mi cuerpo;
- Ser mi guardián legal si fuera necesario.

Si Ud. **NO QUIERE** que la persona que ha escogido sea autorizada para hacer cualquiera de la cosas nombradas arriba, favor de tachar con una línea esas partes y añade sus iniciales al final de la línea.

Nombre de mi agente \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Si **NO** quiere un nombre alternativo, escriba: "NADIE"

Primero Alternativo

Nombre \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Segundo Alternativo

Nombre \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

FIRME aquí para los documentos: Poder pemanente al abogado para Decisiones de Cuidado de Salud y/o Instrucciones sobre el Cuidado de Salud. Muchos estados requieren que este documento sea notariado. Por favor pida a dos (2) personas que no sean familiares suyos ni que sean conectados financieramente con Ud. o sus propiedades que actúen como testigos de su firma.

FIRMA \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Notario Público

En este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, en el año de \_\_\_\_\_, la persona que firma este dcumento se presentó personalmente a mi, es conocido/a por mi como la persona que completó este documento y lo reconoció como su propia mano y voluntad. EN TESTIGO DE ESTO, yo he puesto mi mano y el sello oficial en el Condado de \_\_\_\_\_ Estado de \_\_\_\_\_ en la fecha escrita arriba.

Notario Público \_\_\_\_\_ Comisión expira \_\_\_\_\_