

DIRECTIVA ANTICIPADA PARA LA ATENCIÓN MÉDICA (TESTAMENTO VITAL)

Instrucciones: Pídale a su proveedor de atención médica que le ayude a preparar su Directiva anticipada. Guarde el original en la casa en un lugar donde se pueda encontrar fácilmente. Dele copias del formulario lleno a su(s) médico(s), sus familiares, su Representante para asuntos médicos y cualquier otra persona que probablemente contactemos en caso de una emergencia médica. Revise su formulario de las Directivas anticipadas cada cierto tiempo y hágale los cambios necesarios. Póngale sus iniciales y la fecha al formulario cada vez que lo revise o le haga algún cambio. Cerciórese de informarles a las demás personas de cualquier cambio que usted haga

A mis familiares, médicos y demás personas involucradas en mi atención:

Yo, _____, en pleno uso de mis facultades mentales, por este medio declaro y hago conocer mis instrucciones y deseos relacionados con la atención médica en el futuro en caso que, por razones de incapacidad física o mental, no pudiera participar en la toma de decisiones relacionadas con mi atención médica. Yo entiendo que las leyes me dan el derecho de aceptar o negarme a recibir tratamiento. Por lo tanto, yo espero que mis familiares, médicos y toda persona involucrada en mi atención médica se vean obligados, por ley, a cumplir con estas instrucciones. De así hacerlo, quedarían exentos de toda responsabilidad legal por haber cumplido con mis directrices.

Designaciones del representante (apoderado) para decisiones médicas: En caso de que no pueda comunicar mis deseos debido a una enfermedad, lesión o pérdida de conciencia, mediante este documento nombro a los siguientes individuos, quienes podrán tomar decisiones en mi nombre, y el hospital, sus empleados y médicos deben confiar y seguir las instrucciones de estos representantes míos.

Nombre	Relación	Teléfono	
Calle y número	Ciudad	Estado	Código postal

En caso de que mi Representante para asuntos médicos no pudiera actuar en mi nombre, entonces nombro a la siguiente persona como representante alterno:

Nombre	Relación	Teléfono	
Calle y número	Ciudad	Estado	Código postal

Sírvase poner su inicial en la declaración o las declaraciones con las que usted está de acuerdo. (Escoja la #1 o la #2, pero no ambas.)

- 1. Yo instruyo que se tomen todas las medidas médicamente apropiadas para el sustento de mi vida, independientemente de mi estado físico o mental.
- 2. De yo sufrir un deterioro físico o mental extremo de modo que no queden esperanzas razonables de mi recuperación o de que yo vuelva a tener una calidad de vida significativa, entonces no deseo que se tomen medidas para prolongar mi vida; o en caso que ya se hubieran tomado dichas medidas, deseo que se suspendan. Entre los procedimientos o tratamientos de sustento de vida que podrían retirarse o no darse están los siguientes, pero sin limitarse a los mismos

- Resucitación cardiopulmonar [CPR, por sus siglas en inglés]
- Respirador artificial
- Cirugía mayor
- Diálisis
- Administración artificial de líquidos y nutrición
- Uso de productos de la sangre
- Otro (sírvase especificar) _____

- 3. Yo deseo que se me dé la atención médica necesaria para aliviarme el dolor y estar lo más a gusto posible.

C. Comentarios o instrucciones adicionales:

Después de la muerte, puede que sea posible trasplantar órganos o tejidos humanos para salvar o mejorar la vida de otra persona.

- Yo deseo donar mis órganos:
- Yo deseo donar mis tejidos:
- No estoy interesado en donar mis órganos ni mis tejidos
- No he considerado del todo la donación de órganos o tejidos y le otorgo a mi Representante para asuntos médicos familiar el poder de tomar una decisión en este asunto

Firma _____ Fecha _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento: _____

Testigo _____ Teléfono _____ Fecha _____

Testigo _____ Teléfono _____ Fecha _____