

DIRECTIVAS POR ANTICIPADO

Puede llenar una o más de las opciones que apliquen a su caso.

Designación de un sustituto para tomar decisiones médicas

Llene este documento si desea nombrar a alguien para que tome todas las decisiones con respecto a su salud en caso de que usted esté tan enfermo que no pueda comunicar sus deseos. Esta persona se llama "sustituto para decisiones médicas".

En el caso que se haya determinado que no puedo expresar mis deseos sobre mi atención médica, incluyendo negar, retirar o continuar los procedimientos para prolongar la vida, yo, _____, nacido el ____/____/____, deseo nombrar como mi SUSTITUTO para que cumpla con lo dispuesto en esta declaración a:

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____

Si mi sustituto no quiere o no puede ejecutar sus funciones, nombro como SUSTITUTO ALTERNO a:

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____

Yo he Yo no he formulado un Testamento en Vida antes de esta admisión.

Indicaciones adicionales (opcional): _____

Firma: Firme el formulario y pida que dos testigos lo firmen. Informe a otras personas sobre su decisión y entregue copias de este documento a su médico y a su familia. Traiga el formulario al hospital en el momento de la admisión.

Comprendo la importancia de esta declaración y estoy emocional y mentalmente competente para hacerla. Estas directivas expresan mis derechos legales que incluyen los de confidencialidad y de auto-determinación. Por lo tanto, espero que mi familia, mi médico y todas las personas que están relacionadas con mi atención médica, se consideren obligados legal y moralmente a actuar conforme a mis deseos.

Firma del Paciente _____ Fecha _____ Testigo a la Firma _____ Testigo a la Firma _____

SOLAMENTE UNO DE LOS TESTIGOS PUEDE SER UN CÓNYUGE O UN PARIENTE POR SANGRE. EL SUSTITUTO NO PUEDE SER UN TESTIGO.

Escriba su nombre en letra de molde/
Relación

Escriba su nombre en letra de molde/
Relación

Donación de órganos

Llene esta sección si desea donar sus órganos cuando muera.

Al morir, yo, _____, nacido el ____/____/____, deseo donar cualquier o cierta parte de mi cuerpo con el propósito de trasplante.

Específicamente, deseo donar solamente las siguientes partes de mi cuerpo: _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____ Testigo a la Firma _____ Testigo a la Firma _____

SOLAMENTE UNO DE LOS TESTIGOS PUEDE SER UN CÓNYUGE O UN PARIENTE DE SANGRE. EL SUSTITUTO NO PUEDE SER TESTIGO.

Escriba su nombre en letra de molde/
Relación

Escriba su nombre en letra de molde/
Relación

Testamento en vida

Llene esta sección si no tiene uno ya hecho que nos vaya a entregar.

Nombre del paciente: _____
Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Declaración hecha este ____ día de ____ en el año ____ yo, _____, nacido ____/____/____, deliberada y voluntariamente hago saber mi deseo de que mi muerte no se prolongue bajo las circunstancias indicadas a continuación:

Es mi deseo que mi vida no se prolongue artificialmente si no puedo comunicar las decisiones relacionadas con mi atención médica y tengo una condición terminal o una condición en etapa final o estoy en un estado vegetativo total. Si mi médico determina que no existe probabilidad razonable de que me recupere, y otro médico en consulta confirma esta opinión, entonces pido que se me nieguen o retiren los procedimientos para prolongar la vida. Los medicamentos y los procedimientos médicos se deben proporcionar solamente si me dan confort o alivian mi dolor.

Otras preferencias personales: _____

Mi familia y mis médicos deben respetar esta declaración como la expresión final de mi derecho a rehusar tratamiento médico o quirúrgico, aunque la consecuencia sea mi muerte.

Yo he Yo no he nombrado a un sustituto para mi atención médica antes de esta admisión.

Firma: Firme el formulario y pida que dos testigos lo firmen. Informe a otras personas sobre su decisión y entregue copias a su doctor y a su familia. Traiga el formulario al hospital en el momento del ingreso.

Yo comprendo la importancia de esta declaración, y estoy emocional y mentalmente competente para hacerla. Estas directivas expresan mis derechos legales que incluyen los de confidencialidad y de auto-determinación. Por lo tanto, espero que mi familia, mi médico y todas las personas que están relacionadas con mi atención médica se sientan comprometidos legal y moralmente a actuar de acuerdo con mis deseos.

Firma del Paciente _____ Fecha _____ Testigo a la Firma _____ Testigo a la Firma _____

SOLAMENTE UNO DE LOS TESTIGOS PUEDE SER UN CÓNYUGE O UN PARIENTE DE SANGRE. EL SUSTITUTO NO PUEDE SER TESTIGO.

Escriba su nombre en letra de molde/
Relación

Escriba su nombre en letra de molde/
Relación

