

Poder Notarial Permanente para las Preferencias Acerca del Cuidado de la Salud e Instrucciones acerca de las Preferencias del Cuidado de la Salud

*Alianza Comunitaria para el
Cuidado Compasivo*





Foster a supportVisión

Favorecer una comunidad de apoyo que mejore la calidad de los días que restan a una persona moribunda, que apoye a la familia y a los amigos de la persona, y que promueva una experiencia de duelo saludable.

Metas

- Una comunidad que reconoce el proceso de la muerte como parte natural de la vida y respalda a los afectados en el contexto de las diferencias culturales.
- Una comunidad que reconoce la importancia del proceso de la muerte.
- Una comunidad que respeta las preferencias personales educadas en el momento final de la vida.
- Una comunidad que facilita el duelo saludable.

Valores centrales

- La muerte es parte del proceso natural de la vida.
- El respaldo de la familia, de las amistades, y de la comunidad mitigará el sentimiento de soledad y de sufrimiento que se experimenta en el momento final de la vida.
- Los temores, las esperanzas, las anécdotas de la vida, la fe, y la dignidad del individuo deben ser respetados durante el proceso de la muerte.
- El desarrollo de una perspectiva saludable de la muerte requiere la cooperación de diversos elementos de la sociedad: la comunidad médica, el medio laboral, las comunidades de fe, y las instituciones educativas.

Alianza Comunitaria para el Cuidado Compasivo en el Momento Final de la Vida
P.O. Box 5067
Springfield, MO 65801-5067
417-865-4501

Este folleto fue desarrollado y redactado como un servicio de los miembros de la Alianza Comunitaria para el Cuidado Compasivo en el Momento Final de la Vida. Con él, sin embargo, no se pretende proveer orientación médica ni legal. El cuadernillo puede usarse como recurso práctico en caso de que se decida solicitar consejo legal o de otro profesional.

© 2001

La Alianza Comunitaria para el Cuidado Compasivo en el Momento Final de la Vida es propietaria de los derechos de copia de este cuadernillo y autoriza la duplicación, siempre que se copie la totalidad del documento y que se incluya una nota de reconocimiento de la Alianza Comunitaria.

Puede obtener copias gratis de este documento en los siguientes sitios web:
www.missouriendoflife.org/~caccel, www.coxhealth.com, www.stjohns.com

El público en general puede pedir copias de este documento en las sedes de la Biblioteca del Condado Sspringfield-County,
Las instituciones pueden comprar un conjunto de 25 ejemplares por \$10.00.

Envíe su pedido a la oficina
Springfield-Greene County Library District Bussiness,
PO Box 760, Springfield, MO 65801, 417-874-8120.
Sírvasse incluir con su pedido un cheque a nombre de
Springfield-Greene County Library.

Rev. julio 2001

Definiciones

- ***INSTRUCCIONES ANTICIPADAS: PODER NOTARIAL PERMENENTE PARA LAS PREFERENCIAS ACERCA DEL CUIDADO DE LA SALUD e INSTRUCCIONES ACERCA DE LAS PREFERENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD***

El término “instrucción anticipada” que se usa en este folleto, se refiere al Poder Notarial Permanente para las Preferencias Acerca del Cuidado de la Salud y a las Instrucciones acerca de las Preferencias del Cuidado de la Salud. Este término con frecuencia se usa para referir “la voluntad expresada en vida”.

Una instrucción anticipada es un documento que comunica la voluntad de usted acerca del tratamiento para el cuidado de su salud si estuviera física o mentalmente imposibilitado de expresarla. La decisión del Tribunal Supremo de Estados Unidos (Cruzan) claramente establece que el individuo tiene el derecho constitucional de rehusar cualquier tratamiento médico, incluido el que tiene por propósito la prolongación de la vida. Además, la decisión del Tribunal afirma el derecho de nombrar a otra persona (agente) para tome las decisiones por usted acerca de los asuntos relacionados con la salud, en el caso de que usted perdiera la habilidad de tomar sus propias decisiones. En consecuencia, el Tribunal Supremo de los Estados Unidos ha declarado el derecho legal que usted tiene de expresar con anticipación estas instrucciones. La ley del estado de Missouri reconoce y respalda la declaración del Tribunal Supremo. Este cuadernillo contiene dos directivas, con el fin de que se usen en conjunto:

1. Un Poder Notarial Permanente para las Preferencias Acerca del Cuidado de la Salud
2. Instrucciones acerca de las Preferencias del Cuidado de la Salud

- ***PODER NOTARIAL PERMENENTE PARA LAS PREFERENCIAS ACERCA DEL CUIDADO DE LA SALUD***

El Poder Notarial Permanente para las Preferencias Acerca del Cuidado de la Salud es el método que usted puede usar con el fin de nombrar a una persona (agente) para que tome las decisiones relacionadas con el cuidado de su salud que usted no ha cubierto en las Instrucciones acerca de las Preferencias del Cuidado de la Salud. El Poder Notarial Permanente para las Preferencias Acerca del Cuidado de la salud estará en efecto sólo cuando usted haya perdido la habilidad de tomar decisiones o de comunicarlas, según determine el médico que lo atiende.

- ***INSTRUCCIONES ACERCA DE LAS PREFERENCIAS DEL CUIDADO DE LA SALUD***

Las Instrucciones acerca de las Preferencias del Cuidado de la Salud es un documento con firma del interesado, firmas de testigos, y fecha, que permite a usted establecer con anticipación su voluntad acerca del uso de tratamientos para la prolongación de la vida. La idea es similar a la del testamento, con que la mayoría estamos familiarizados; no obstante, es más amplio que la mayor parte de los testamentos. Además, las Instrucciones acerca de las Preferencias del Cuidado de la Salud no solo se usa cuando usted sufre una enfermedad terminal. Estas también se consideran cuando usted está imposibilitado de tomar decisiones o de comunicarlas.

Instrucciones Anticipadas

1. ¿Cuál es el beneficio de tener Poder Notarial Permanente para las Preferencias Acerca del Cuidado de la Salud e Instrucciones acerca de las Preferencias del Cuidado de la Salud?

Debido a la complejidad de las enfermedades y las opciones de tratamiento, pueden surgir situaciones en que las Instrucciones acerca de las Preferencias del Cuidado de la Salud no exprese claramente cuál sería su decisión en una determinada situación. Debido a estos imprevistos, es posible que usted quiera nombrar una persona en quien confía para que tome estas decisiones. Esta voluntad se expresa en el Poder Notarial Permanente para las Preferencias Acerca del Cuidado de la Salud.

2. ¿Cuál es la diferencia entre el Poder Notarial Permanente para las Preferencias Acerca del Cuidado de la Salud y las Instrucciones acerca de las Preferencias del Cuidado de la Salud?

Generalmente los poderes notariales tienen que ver con comercio y finanzas. Un Poder Notarial Permanente para las Preferencias Acerca del Cuidado de la Salud permite al interesado nombrar específicamente a una persona (agente) con el propósito de que tome decisiones acerca de tratamientos para el cuidado de la salud, pero no cubre los asuntos comerciales ni financieros. Muchas personas nombran diferentes agentes para los asuntos financieros y para las decisiones de salud, y lo hacen con documentos diferentes.

El documento en este cuadernillo sólo tiene relación con asuntos de salud.

3. ¿A quién debo nombrar como mi agente?

Es importante que nombre un agente que conoce sus metas y valores y que procederá como usted lo haría. Usted puede nombrar a un miembro de su familia, aunque no está forzado a hacerlo así. También puede nombrar a su cónyuge, a uno de sus hijos que sea mayor de edad, o alguna amistad cercana. Asegúrese de conversar con su agente y expresar detalladamente sus deseos, y de que él o ella esté de acuerdo en proceder en su favor.

4. ¿Necesito un abogado para hacer un Poder Notarial Permanente para las Preferencias Acerca del Cuidado de la Salud y las Instrucciones acerca de las Preferencias del Cuidado de la Salud?

No. Pero si el documento no satisface sus necesidades, sería aconsejable que conversara con un abogado.

5. ¿Cómo notifico que he dictado instrucciones anticipadas?

Es su responsabilidad notificar y proveer copias de sus instrucciones anticipadas al agente o agentes que nombre en su Poder Notarial Permanente para las Preferencias Acerca del Cuidado de la Salud y otras personas apropiadas (por ejemplo, médicos, miembros de la familia, amigos, y ministro religioso). Comente los detalles de sus instrucciones anticipadas con estas personas y pida a su médico que las archive con su historial médico.

6. ¿Cuál es el tiempo de vigencia de mis instrucciones anticipadas? ¿Puedo cambiarlas o cancelarlas?

Su instrucción anticipada estará vigente hasta el momento mismo de su muerte, si es que usted no la cancela antes. Se recomienda que la revise periódicamente. Cada vez que lo haga, escriba sus iniciales en el margen del documento y la fecha de revisión. Estas dos serán una poderosa evidencia de que sus instrucciones fueron resultado de cuidadosa consideración.

7. ¿Se tomará en cuenta mi Poder Notarial Permanente para las Preferencias Acerca del Cuidado de la Salud e Instrucciones acerca de las Preferencias del Cuidado de la Salud si estoy en otro estado del país?

El Tribunal Supremo de los Estados Unidos establece que todo adulto tiene el derecho de rehusar tratamiento para el cuidado de la salud. El documento que se incluye en este cuadernillo es válido en cualquier estado del país.

8. ¿Puede mi familia pasar por alto las decisiones que tome mi agente o las Instrucciones acerca de las Preferencias del Cuidado de la Salud?

Si usted ha nombrado un agente, solo él o ella tiene la autoridad legal de tomar decisiones acerca del cuidado de su salud. No obstante, es posible que su agente quiera obtener información de su familia que lo oriente para tomar decisiones. Sería bueno que usted informara a su familia a quien a nombrado como su agente y cuáles son sus deseos. De esta manera ellos sabrán lo que deben esperar.

9. Mi médico, mi agente, y la institución de salud, ¿tienen todos la obligación de llevar a cabo lo que yo expreso en las Instrucciones acerca de las Preferencias del Cuidado de la Salud?

Sí. Los proveedores de cuidado de la salud y su agente deben respetar su deseo como se expresa en las instrucciones anticipadas, siempre que estas no se opongan a la ley del estado. Cualquier proveedor que no cumpla su voluntad expresada en las Instrucciones acerca de las Preferencias del Cuidado de la Salud o las decisiones que tome su agente deberá hacer los arreglos necesarios para su traslado a un proveedor que cumpla sus instrucciones anticipadas.

EL BENEFICIO DE LA COMUNICACIÓN

El mayor beneficio de esta instrucción anticipada es su poder como herramienta de comunicación. Pida a su médico que juntos revisen sus instrucciones anticipadas; además, comunique a su familia, a sus amigos, y ministro religioso, su voluntad acerca del cuidado de su salud

10. ¿Cuándo se cumplirán mis instrucciones anticipadas?

Cuando usted no pueda hablar y un médico determine que usted no tiene la capacidad de tomar sus propias decisiones acerca del cuidado de su salud.

11. ¿Se cumplirán mis instrucciones anticipadas en una situación de emergencia?

En una situación de emergencia, tal vez sea imposible que su proveedor de atención médica juzgue rápidamente entre su tratamiento de salud y la calidad de vida. Usted debe suponer que será sometido a tratamiento hasta que este pruebe su ineficacia. Si el tratamiento no produce una recuperación significativa, usted debe esperar que se cumplirán sus instrucciones anticipadas, y se interrumpirá el tratamiento ineficaz.

12. ¿Qué sucede si no quiero que se me reviva cuando muera (cuando deje de respirar y mi corazón se detenga)?

Algunas personas no quieren que se les aplique [CPR] (resucitación cardiopulmonar) porque temen sentirse “atados” a una máquina de mantenimiento de la vida. Esta preocupación se expresa en parte en las Instrucciones Acerca de las Preferencias del Cuidado de la Salud. Este documento claramente establece que si no hay seguridad de que el tratamiento “resultará en una recuperación significativa” del paciente, debe aplicarse solo por un período razonable. Sin embargo, si no desea resucitación cardiopulmonar, usted necesita conversar con su médico acerca de una orden médica que instruya al personal de emergencia a que no se use resucitación cardiopulmonar.

13. ¿Cómo puedo describir lo que una “calidad de vida aceptable” significa para mí?

Cuando redacte las Instrucciones acerca de las Preferencias del Cuidado de la Salud (Sección II del folleto), es importante que describa lo que para usted significa “calidad de vida”. No hay una sola respuesta “correcta” a esta interrogante. Sin embargo, he aquí algunos preguntas que usted puede considerar:

- ¿Son sus creencias y valores religiosos importantes para sus decisiones acerca de su tratamiento? (Si lo son, ¿de qué manera?)
- ¿Cuán importante es para usted valerse por usted mismo?
- ¿Tiene alguna firme preferencia acerca del lugar donde le gustaría vivir y recibir cuidado si no pudiera valerse por usted mismo?
- ¿Cuán importante es para usted poder reconocer a su familia y a sus amigos?

En su descripción de “una calidad de vida aceptable” exprese las metas personales y los valores que sirven de base a su descripción. Para hacerlo, tal vez necesitará más espacio que el que se provee en las Instrucciones Anticipadas.

¡Escriba sus pensamientos! Aun una declaración simple y breve como: “No quiero que me mantengan vivo artificialmente si nunca voy a poder comunicarme, reconocer a las personas, y tomar decisiones por mí mismo”, puede ser de mucha utilidad para su agente o para quienes cuidan de su salud.

14. ¿Puedo pedir que se desconecten los sistema de suministro artificial de comida y fluidos (alimentación por tubos)?

Sí. El derecho de libertad constitucional respalda a la persona que rehúsa recibir cualquier tratamiento médico, incluida la alimentación artificial. En consecuencia, su deseo será cumplido si ha sido claramente expresado en sus Instrucciones acerca de las Preferencias del Cuidado de la Salud

15. ¿Puedo expresar en la instrucción anticipada mi voluntad acerca de la donación de órganos y tejidos?

Sí. En la Instrucción Anticipada Acerca del Cuidado de la Salud, usted puede incluir una declaración acerca de la donación de órganos o tejido. Además se aconseja que en el reverso de su licencia de conductor, firme la Declaración Uniforme de Donación Anatómica [Uniform Anatomical Donation Statement].

16. ¿Afectarán mi seguro de salud las instrucciones anticipadas?

No. Su firma en la instrucción anticipada no cancelará ni alterará su póliza de seguros. No afectará su aceptabilidad para obtener seguro de vida o de salud. Sus beneficios no serán afectados.

17. ¿Afectarán estas decisiones de salud mi habilidad de recibir tratamiento para el cuidado de la salud?

No. Su firma en la instrucción anticipada no afecta su habilidad de recibir tratamiento para el cuidado de la salud.

Instrucciones Anticipadas

Esta es una hoja de trabajo que lo ayudará a pensar en lo que usted quiere. Este cuestionario no es parte de su documento legal. No es necesario que complete esta sección para completar el documento legal (a continuación, en la página ##). Esta sección puede ayudar a su futuro agente a comunicar a quien cuida de su salud acerca de usted y sus prioridades.

Quién soy yo y cuáles son mis prioridades

Si estoy imposibilitado de hablar por mí mismo, quiero que mi agente comunique a quienes cuidan de mí la siguiente información acerca de mi familia: [Por ejemplo: quiénes son mi familia y cuál es la importancia de ellos para mí . . .]

Si estoy imposibilitado de hablar por mí mismo, quiero que mi agente comunique a quienes cuidan de mí la siguiente información acerca de mis triunfos en la vida: [Por ejemplo: lo que me brinda satisfacción . . .]

Si estoy imposibilitado de hablar por mí mismo, quiero que mi agente comunique a quienes cuidan de mí la siguiente información acerca de mis convicciones religiosas: [Por ejemplo: La fe que profeso, la importancia de ella para mí, mis convicciones acerca de la muerte y la vida después de la muerte, lo que espero para los miembros de mi familia en la fe . . .]

Si estoy imposibilitado de hablar por mí mismo, quiero que mi agente comunique a quienes cuidan de mí la clase de persona que he procurado ser: [Por ejemplo: “Siempre he procurado . . .”]

Si estoy imposibilitado de hablar por mí mismo, quiero que mi agente comunique a quienes cuidan de mí la siguiente información acerca de mis creencias culturales/étnicas que son importantes para mí: [Por ejemplo: Una ceremonia de percusión de tambores para celebrar mi vida y quisiera que esta ceremonia se realice en mi idioma nativo . . .]

Si estoy imposibilitado de hablar por mí mismo, quiero que mi agente comunique a quienes cuidan de mí que tengo ciertos temores acerca del proceso de la muerte: [Por ejemplo: “Sentimientos de soledad, sufrimiento . . .”]

Si estoy imposibilitado de hablar por mí mismo, quiero que mi agente comunique a quienes amo que . . .: [Por ejemplo: “Los amo; estoy arrepentido de lo que hecho; los perdono por . . .”]

Tenga la amabilidad de escribir sus iniciales junto a las declaraciones que son importantes para usted

Instrucción acerca de mi comodidad

- No quiero sentir dolor. Quiero que mi médico me suministre suficiente medicamento para aliviar mi dolor, aunque me mantenga en estado de somnolencia o me haga dormir.
- Si muestro síntomas de depresión, de náusea, de dificultad para respirar, o de alucinaciones, quiero que quienes cuidan de mí hagan todo lo que puedan para ayudarme.
- Quiero que mis labios y mi boca se mantengan humedecidos para evitar que se resequen.
- Quiero que se me mantenga aseado y cómodo en todo momento.
- Quiero que cuando sea posible se me apliquen masajes con alguna loción.
- Quiero que cuando sea posible se toque mi música favorita hasta el momento de mi muerte.
- Quiero que se atienda mi aseo personal: me rasuren, me corten las uñas, me arreglen el cabello, y me cepillen los dientes; siempre y cuando no sea causa de dolor o de incomodidad.
- Quiero que me lean en alta voz mis lecturas y poemas favoritos cuando se acerque el momento de mi muerte.

Acerca de mi tratamiento

- Quiero que cuando sea posible haya personas cerca de mí.
- Quiero que alguien esté conmigo cuando la muerte pudiera ocurrir en cualquier momento.
- Quiero que cuando sea posible me tomen la mano y me hablen, aunque yo no responda a la voz o al toque de las personas.
- Quiero que cuando sea posible haya alguien orando junto a mí.
- Quiero que se informe a los miembros de mi familia en la fe que estoy enfermo, y que se les pida que oren por mí y que me visiten.
- Quiero que me cuiden con amabilidad y con alegría.
- Quiero que me traten con respeto.

- ___ Quiero tener en la habitación, cerca de mi cama, fotografías de mis seres queridos.
- ___ Si no pudiera controlar la deposición intestinal o las funciones de la vejiga, quiero que la ropa que llevo puesta y la ropa de cama siempre se mantengan limpias, y que sean cambiadas tan pronto se ensucien.
- ___ Siempre que sea posible, quiero morir en mi casa

Qué quiero que sepan mis seres queridos

- ___ Quiero que alguien se asegure de que los miembros de mi familia y mis seres queridos sepan que los amo.
- ___ Quisiera que mi familia, mis amigos, y otros me perdonaran las veces que los ofendí.
- ___ Quiero que mi familia y mis seres queridos sepan que debido a mi fe, no temo a la muerte. No creo que es el fin, sino un nuevo comienzo para mí.
- ___ Quiero que, si es posible, todos los miembros de mi familia se reconcilien antes de mi muerte.
- ___ Quiero que mi familia y mis amigos piensen en cómo yo era antes de mi enfermedad. Quiero que después de mi muerte me recuerden de esa manera.
- ___ Quiero que mi familia y mis amigos vean mi agonía como un tiempo de crecimiento personal para todos, y también para mí. Esto me ayudará a vivir mis últimos días de manera significativa.
- ___ Quiero que mi familia y mis amigos busquen la ayuda de un consejero si les es difícil aceptar mi muerte. Quiero que el recuerdo de mi vida no sea motivo de dolor, sino de gozo.

Tenga la amabilidad de usar el espacio de más abajo para escribir cualquier declaración adicional.

Documentos Legales

Lleve una copia de este documento cuando vaya al hospital Poder Notarial Permanente para las Preferencias Acerca del Cuidado de la Salud e Instrucciones Acerca de las Preferencias de Cuidado de la Salud

Sección I

Poder Notarial Permanente para las Preferencias Acerca del Cuidado de la Salud

Es importante que nombre a alguien para que tome sus decisiones de salud cuando usted no pueda hacerlo. Diga a esa persona (agente) lo que usted quiere que se haga. La persona a quien nombre tiene derecho de tomar decisiones en su nombre y de asegurar que se cumplan sus deseos cuando usted esté incapacitado de expresarlos personalmente.

Yo _____ SS# _____,

nombro a _____,
(NOMBRE DE LA PERSONA)

_____,
(TELÉFONO)

_____,
(DIRECCIÓN)

para que sea mi agente y tome decisiones en mi nombre cuando yo no pueda tomar decisión o esté incapacitado de comunicar lo que quiero que se haga.

Si la persona que menciono más arriba está imposibilitada de servir, en su lugar nombro a

_____,
(NOMBRE DE LA PERSONA)

_____,
(TELÉFONO)

_____,
(DIRECCIÓN)

para que sea mi agente y tome decisiones en mi nombre cuando yo no pueda tomar decisión o esté incapacitado de comunicar lo que quiero que se haga.

Este es un Poder Notarial Permanente para las Preferencias Acerca del Cuidado de la Salud, y mi agente tiene autoridad sólo si mi condición me impide hablar por mí mismo o tomar mis propias decisiones, según determine mi médico. Este anula cualquier Poder Notarial Permanente para las Preferencias Acerca del Cuidado de la Salud que haya hecho anteriormente. Mi agente no puede nombrar a otra persona para que haga decisiones por mí. Mi agente que actúa según este Poder Notarial Permanente para las Preferencias Acerca del Cuidado de la Salud no se hará responsable financieramente de mí. Doy a mi agente pleno poder para que tome todas mis decisiones acerca del cuidado de mi salud, incluido el poder de instruir que no se me someta a tratamiento de prolongación de la vida, o que se interrumpa el que me han aplicado (es decir, que se impida o que se retire). Cuando hable por mí, espero que mi agente lo haga según mis instrucciones, como se estipulan en mis Instrucciones acerca de las Preferencias del Cuidado de la Salud. Además autorizo a mi agente para que:

- Acepte, rehúse, o retire el consentimiento para tratamiento, servicio, o procedimiento (incluida la alimentación por tubos; es decir, el suministro artificial de alimentos y/o fluidos) que se emplee para mantener, diagnosticar, o tratar una enfermedad física o mental;
- Haga todos los trámites necesarios para un hospital, una unidad de tratamiento psiquiátrico, un hospicio, un hogar de ancianos, u otra organización de cuidado de la salud; que contrate o que despida personal que cuide de la salud (cualquier persona autorizada o que con el permiso de las leyes del estado provee servicios de cuidado de la salud) Conforme mi agente estime necesario para mi bienestar físico, mental, o emocional;
- Solicite, reciba, y revise cualquier información acerca de mi salud mental y física, o mis asuntos personales, incluidos mis registros médicos y del hospital; que firme la divulgación de otros documentos que se necesiten para obtener dicha información;
- Me traslade de cualquier estado del país o institución de cuidado de la salud o que me retire de ellos con el propósito de cumplir mis deseos expresados en mis Instrucciones acerca de las Preferencias del Cuidado de la Salud o de cumplir las decisiones de mi agente;
- Si es necesario, tome acción legal para que se cumpla lo que aquí instruyo;
- Se cumplan mis decisiones acerca de autopsia y donación de órganos, y lo que ha de hacerse con mi cuerpo.

Confirmación de la confianza en mi agente

Deseo que mi agente siga mis instrucciones tal como se han expresado y comunicado por otros medios. Confío en la habilidad de mi agente de tomar decisiones en mi nombre, decisiones que yo mismo tomaría. Por consiguiente, autorizo a mi agente para que tome las decisiones que él o ella estime apropiadas, aunque aparentemente se no estén de acuerdo con mi voluntad.

Este Poder Notarial Permanente para las Preferencias Acerca del Cuidado de la Salud e Instrucciones Acerca de las Preferencias de Cuidado de la Salud pertenece a:

Sección II

Instrucciones acerca de las Preferencias del Cuidado de la Salud

Yo, _____ SS# _____,
cuando esté imposibilitado de hablar, quiero que todos los que cuidan de mí sepan el cuidado de salud que deseo recibir. He completado esta Directiva como prueba clara y convincente de mis deseos acerca del tratamiento y del cuidado de mi salud.

Quiero que en todo momento se me atienda y se me suministre medicamento para el dolor o la incomodidad, aunque dicho tratamiento acorte mi vida, me quite el apetito, reduzca mi ritmo de respiración, o produzca un hábito.

Si es razonable esperar que el tratamiento médico me haga disfrutar una calidad de vida aceptable, quiero que mi médico pruebe esos tratamientos.

Si es necesario, añada páginas para sus Instrucciones Anticipadas. (Toda página adicional debe tener firma y fecha.)

Instruyo que no se me dé tratamiento para mantenerme vivo si tengo

- **una enfermedad que pronto me causará la muerte, o**
- **una enfermedad tan precaria (incluido serio daño cerebral o enfermedad del cerebro) que no hay esperanza razonable de que recupere una calidad de vida aceptable (según ya he descrito)**

Cuando tenga una de las enfermedades anteriores, NO QUIERO que se me apliquen los tratamientos que he identificado con mis iniciales.

- ___ cirugía u otro tratamiento médico invasor
- ___ Resucitación cardiopulmonar para reanimar mi corazón o mi respiración
- ___ medicamento para tratar infecciones (antibióticos)
- ___ máquina que sirve como riñón artificial (diálisis)
- ___ máquina para respirar (respirador, ventilador)
- ___ suministro artificial de nutrientes y fluidos (alimentación por tubo o suministro de agua a través de un tubo conectado a la vena, por la nariz, o el estómago)
- ___ quimioterapia (tratamiento del cáncer con drogas)
- ___ terapia de radiación
- ___ todo otro tratamiento médico de “prolongación de la vida” o cirugía cuyo único propósito sea mantenerme vivo sin esperanza razonable de mejoría o de sanidad de mi enfermedad o lesión

Quiero donar mis órganos o tejidos y estoy consciente de que para esto, tal vez después de mi muerte sea necesario mantener mi cuerpo artificialmente en una máquina respiradora hasta que mis órganos sean removidos.

Si No No quiero responder esta pregunta en este momento.

Mis otras instrucciones incluyen:

Definición optativa de calidad de vida: Esta sección es optativa. Usted puede completarla si quiere definir lo que usted considera una calidad de vida aceptable. Si es razonable esperar que el tratamiento médico me haga disfrutar una calidad de vida aceptable, quiero que mi médico pruebe esos tratamientos. Mi definición de calidad de vida aceptable es la que sigue: [Por ejemplo, la habilidad de reconocer a mi familia y a mis amigos, tomar decisiones, comunicarme, alimentarme, cuidar de mí mismo . . .]

Si es necesario, añada páginas a su instrucción anticipada. (Toda página adicional debe tener su firma y la fecha.)

Converse con su agente (la persona que usted ha designado para que se encargue de sus decisiones), con su médico o médicos, su familia, sus amigos, y su consejero religioso acerca de este formulario y acerca de sus pensamientos relacionados con el cuidado de su salud, y entrégueles una copia del documento. (En este espacio incluya la Información de Repositorio.) Guarde una copia de este documento junto con sus documentos importantes. Lleve una copia de este documento al hospital o cualquier otra institución de cuidado médico o de hospitalización.

Si tiene preguntas acerca de este documento, consulte con su médico, una enfermera, u otra persona que trabaje en el área médica. O, comuníquese con la Alianza Comunitaria para el Cuidado Compasivo en el Momento Final de la Vida, en el número 417-865-4501.

Este Poder Notarial Permanente para las Preferencias Acerca del Cuidado de la Salud e Instrucciones Acerca de las Preferencias de Cuidado de la Salud pertenece a:

Este formulario debe firmarse y ser atestiguado en presencia de un notario.

FIRME AQUÍ *el Poder Notarial Permanente para las Preferencias del Cuidado de la Salud y las Instrucciones acerca de las Preferencias del Cuidado de la Salud.* Sírvase pedir a dos (2) personas que sean testigos de la firma. Estas personas no deben ser parientes, ni deben estar relacionadas con usted financieramente, ni con su propiedad inmueble.

Su nombre (letra de molde, por favor) _____

Firma _____

Dirección _____

Fecha _____ Hora _____

Primer testigo (letra de molde, por favor) _____

Firma _____

Dirección _____

Fecha _____ Hora _____

Segundo testigo (letra de molde, por favor) _____

Firma _____

Dirección _____

Fecha _____ Hora _____

Atestación notarial

En este _____ día de _____, en el año _____, compareció ante mí personalmente quien firma, y quien según mi conocimiento completó este documento y lo reconoció como su libre acto y acción. COMO TESTIGO DE ESTE ACTO, firmo y estampo mi sello oficial en el

Condado de _____, Estado de _____, en la fecha escrita anteriormente.

Notario público _____

Mi comisión expira el _____

Este Poder Notarial Permanente para las Preferencias Acerca del Cuidado de la Salud e Instrucciones Acerca de las Preferencias de Cuidado de la Salud pertenece a:

PARA SU CONVENIENCIA: Complete, recorte por la parte exterior de la línea, doble, y guarde esta tarjeta en su billetera junto con otra información médica.

Yo, _____, tengo un Poder Notarial Permanente para las Preferencias Acerca del Cuidado de la Salud.

He nombrado a:

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

para que sea mi agente personal y tome decisiones relacionadas con mi cuidado, si es que pierdo la habilidad de hablar por mí mismo.

Fecha _____

**Poder Notarial
Permanente para las
Preferencias Acerca del
Cuidado de la Salud**

