

Directiva de Instrucciones o Voluntad en Vida

Directiva anticipada para el cuidado de la salud

A mi familia, médicos y todas las personas involucradas en mi cuidado:

Yo, \_\_\_\_\_, estando en plena posesión de mis facultades mentales, hago esta declaración en concepto de directiva a seguir si por cualquier motivo me encontrase incapacitado/a para participar en la toma de decisiones relativas a mi atención médica.

Escriba sus iniciales frente a cada artículo que corresponda

A. \_\_\_\_\_ Deseo vivir todo el tiempo que sea posible sin que importe la calidad de vida que experimente. Por lo tanto, ordeno que se tomen todas las medidas médicas y quirúrgicas que sean apropiadas para mantenerme en vida cualquiera sea mi estado mental o físico.

B. \_\_\_\_\_ No deseo que se prolongue mi vida por medio de tratamiento médico o quirúrgico si:

\_\_\_\_\_ 1) La calidad de mi vida no es aceptable para mí. Las siguientes circunstancias no son aceptables para mí:

(Escriba sus iniciales solamente frente a las formas de vida que Ud. no toleraría.)

\_\_\_\_\_ a) Pérdida permanente del conocimiento con empleo de un respirador para mantener mi respiración.

\_\_\_\_\_ b) Pérdida permanente del conocimiento con empleo de un tubo de alimentación y/o hidratación por vía intravenosa (IV).

\_\_\_\_\_ c) Empleo de un respirador con pocas o ninguna probabilidad de recuperación.

\_\_\_\_\_ d) Conservación del conocimiento (estado consciente) con pérdida de la capacidad de comunicarme (por ejemplo, haber sufrido una apoplejía) y siendo alimentado/a por un tubo y/o siendo hidratado por vía intravenosa para mantenerme en vida.

\_\_\_\_\_ e) Vivir en un estado de demencia (como la enfermedad de Alzheimer) tan intenso que no pueda reconocer a las personas queridas.

\_\_\_\_\_ 2.) Estoy en la fase terminal de una enfermedad, mal o trastorno mental o físico fatal o irreversible.

- C. \_\_\_\_\_ No deseo que se prolongue mi vida si se dan las circunstancias antedichas y ordeno que se rehusen o se retiren los siguientes procedimientos si mi existencia depende de ellos por más de: (escribir el número que corresponda) \_\_\_\_\_ días, \_\_\_\_\_ semanas, \_\_\_\_\_ meses.

*Escriba sus iniciales donde corresponda. (Ver el anexo "Términos que debería conocer".)*

- \_\_\_\_\_ Respiración mecánica
- \_\_\_\_\_ Resucitación cardiopulmonar (CPR)
- \_\_\_\_\_ Alimentación por tubo por vía nasal, gástrica, intravenosa (líquidos por vía intravenosa)
- \_\_\_\_\_ Diálisis
- \_\_\_\_\_ Quimioterapia
- \_\_\_\_\_ Radioterapia
- \_\_\_\_\_ Transfusiones de sangre
- \_\_\_\_\_ Antibióticos

- D. Si llegase a experimentar alguno de los antedichos estados, solamente deseo recibir lo siguiente:

- \_\_\_\_\_ Alimentación/nutrición
- \_\_\_\_\_ Hidratación (líquidos por vía intravenosa)
- \_\_\_\_\_ Medidas de alivio (libre de dolor)
- \_\_\_\_\_ Otras medidas (favor de listar) \_\_\_\_\_

- E. \_\_\_\_\_ A mi fallecimiento, estoy dispuesto/a a donar cualquier parte de mi cuerpo que pueda beneficiar a otros.

Comentarios adicionales o excepciones: \_\_\_\_\_

*Esta directiva expresa el derecho legal que yo tengo de solicitar o rehusar tratamiento. Por lo tanto, cuento con que mi familia, mi médico y todas las personas involucradas en mi cuidado se considerarán legal y moralmente obligadas a actuar de acuerdo con mis deseos.*

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

#### TESTIGOS

*(En caso de haberse designado, no puede ser testigo un representante en materia de cuidado de la salud o representante suplente)*

Declaro que la persona que firmó el documento, o que solicitó que otra persona lo firmase en su nombre, lo hizo en mi presencia y que la misma aparenta estar en plena posesión de sus facultades mentales y no estar sometida a intimidación o a influencia

indebida.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Recordatorio: Entréguele una copia de este documento a su médico, a su representante en materia de cuidado de la salud, y a otras personas interesadas.

Sugerencia: Conserve una copia de este documento con Ud. en todo momento.

[logo]  
KENNEDY  
HEALTH SYSTEM

PODER DURADERO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

DIRECTIVA POR PODER

*Si así lo desea, puede usar esta sección para designar a una persona para tomar decisiones relativas a tratamiento en caso de que Ud. no lo pueda hacer, y para hacer valer su Voluntad en Vida, en caso de existir tal documento. Su Voluntad en Vida estará en vigencia aun cuando Ud. no haya designado un apoderado.*

Yo, \_\_\_\_\_, designo a la siguiente persona como mi representante en materia de cuidado de la salud para que tome por mí, y actuando en mi beneficio, todas las decisiones en materia de cuidado de la salud en caso de que me vuelva incapaz de tomar decisiones por mí mismo/a.

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Teléfono (     ) \_\_\_\_\_

Si la persona que he nombrado más arriba estuviese incapacitada para actuar como mi representante en materia de cuidado de la salud, por la presente designo a la siguiente persona o personas para hacerlo:

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Teléfono (     ) \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Teléfono (     ) \_\_\_\_\_

INSTRUCCIONES ESPECIALES: Sírvase poner sus iniciales frente a la declaración que mejor expresa sus deseos de entre las siguientes:

/ / \_\_\_\_\_ Mi representante en materia de salud está autorizado/a para ordenar que se rehusen o retiren líquidos o nutrición proporcionados artificialmente, como sería por un tubo de alimentación o por administración intravenosa.

/ / \_\_\_\_\_ Mi representante en materia de salud no está autorizado/a, y ordeno que se me administren líquidos y nutrición en forma artificial para mantener mi vida en la medida que sea apropiada desde el punto de

vista médico.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

TESTIGOS

*(En caso de haberse designado, no puede ser testigo un representante en materia de cuidado de la salud o representante suplente)*

Declaro que la persona que firmó este documento, o que solicitó que otra persona lo firmase en su nombre, lo hizo en mi presencia y que la misma aparenta estar en plena posesión de sus facultades mentales y no estar sometida a intimidación o a influencia indebida.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Recordatorio: Entréguele una copia de este documento a su médico, a su representante en materia de cuidado de la salud, y a otras personas interesadas.

Sugerencia: Conserve una copia de este documento con Ud. en todo momento.

[ logo ]  
KENNEDY  
HEALTH SYSTEM

## TRANSLATOR'S NOTES

The original fax has a narrow white vertical band about 2 inches from the left margin. Sometimes this affects legibility. In article A, second line, we interpret the words "direct that [illegible] appropriate..." as "direct that all appropriate...".

There is a reference in the original to attached "Terms you should understand", but these have not been provided. We have translated this statement.

In DURABLE POWER, under "SPECIFIC DIRECTIONS", the statement "My healthcare representative does not have the authority" calls in Spanish for a repetition of the words used in the previous paragraph: "to direct that artificially provided fluids and nutrition be withheld or withdrawn." This change has not been made in the translation, but I recommend it. The paragraph would then read as follows:

"/ / \_\_\_\_\_ Mi representante en materia de salud no está autorizado/a a ordenar que se rehusen o se retiren líquidos y nutrición administrados artificialmente, y ordeno que los mismos se me administren en forma artificial para mantener mi vida en la medida que sea apropiada desde el punto de vista médico."

Also in DURABLE POWER, the words "WITNESS" is singular. We have interpreted it to mean "witnesses" because there is room for two signatures.