



Advance Directive

**Saint Luke's Hospital
Kansas City, MO 64111**

Instrucciones Por Adelantado

*Si usted sólo desea otorgar un Poder Notarial Para Cuidados Médicos,
escriba una "X" grande sobre la parte superior de esta página.*

Yo, _____ # de SS _____ (opcional) deseo que todos los que me atiendan sepan el cuidado médico que yo quiero.

Espero que siempre se me administre atención médica y tratamiento para dolor o incomodidad aún si ese cuidado pueda afectar la manera en que yo duerma, coma o respire.

Yo daría consentimiento, y también quiero que mi representante considere mi participación en investigaciones reguladas federalmente que estén relacionadas con mi trastorno o condición.

Quiero que mi médico intente tratamientos e intervenciones en plazos de tiempo limitados siempre y cuando que el objetivo sea restaurar mi salud o ayudarme a disfrutar una vida de manera consistente con mis valores y deseos. Quiero que tales tratamientos e intervenciones sean retirados cuando ya no puedan lograr ese objetivo o se hayan tomado demasiado agobiantes para mí.

Quiero que mi fallecimiento sea de una manera tan natural como sea posible. Por lo tanto, ordeno que ningún tratamiento (incluyendo alimentos y agua por tubo) sea administrado sólo para mantener mi cuerpo funcionando cuando yo tenga

- una condición que me ocasionará morir pronto, o
- una condición tan grave (incluyendo daño o enfermedad cerebral considerable) debido a la cual yo no tenga ninguna esperanza de lograr una calidad de vida que sea aceptable para mí.

Una calidad de vida aceptable para mí es una que incluye las siguientes capacidades y valores. (Describa aquí las cosas que son las más importantes para usted cuando esté tomando decisiones sobre escoger o rechazar tratamientos de soporte vital).

Ejemplos: • reconocer a familiares o amigos • tomar decisiones • comunicarme
• alimentarme • atenderme yo mismo • ser receptivo a mi entorno

También quiero

Ejemplos: • donar mis órganos • cuidado paliativo • morir en casa

Al afrontar el final de mi vida, espero que mi representante (si es que tengo uno) y la persona encargada de mi cuidado honren mis deseos, valores y directrices.

Si usted no está de acuerdo con algunas de las afirmaciones mencionadas más arriba, tache la frase con una línea y ponga sus iniciales al final de la línea.

Asegúrese de firmar en la página dos aún cuando no haya otorgado un Poder Notarial para Cuidados Médicos

Hable acerca de este formulario y sus ideas acerca de su cuidado médico con la persona que usted ha escogido para que tome decisiones en su nombre, su médico(s), familiares, amigos y clero. Dele a cada uno una copia ya completada.

Usted puede cancelar o modificar este formulario en cualquier momento. Debe revisarlo a menudo. Cada vez que lo revise, ponga sus iniciales y la fecha/hora más abajo.

Iniciales - Fecha/Hora Iniciales - Fecha/Hora Iniciales - Fecha/Hora Iniciales - Fecha/Hora Iniciales - Fecha/Hora
Este documento es provisto como un servicio por el Centro para Bioética Práctica y Saint Luke's Hospital de Kansas City.

**Saint Luke's Hospital
Kansas City, MO 64111**

Poder Notarial Para Cuidados Médicos

Mantenga una copia de este documento consigo cuando vaya al hospital o cuando esté de viaje

Es importante el escoger a alguien que pueda decidir en su nombre, en lo relacionado con sus cuidados médicos, cuando usted no pueda tomar o comunicar sus decisiones. Dígale a la persona a quien escoja el tipo de cuidado médico que usted desea. La persona que escoja será su representante y esa persona tendrá el derecho de tomar decisiones en cuanto a su cuidado médico. Si usted NO escoge a nadie para tomar decisiones en su nombre, escriba NINGUNO en el espacio para el nombre del representante.

Yo, _____ SS# _____ (opcional) nombro a la persona mencionada en este documento con el propósito de que sea mi representante para tomar decisiones acerca de mi cuidado médico. Este documento es un Poder Notarial Para Cuidados Médicos. El poder de mi representante no terminará si yo quedo incapacitado o si existe incertidumbre en cuanto a si he fallecido. Este documento revoca cualquier Poder Notarial anterior Para Cuidados Médicos. Mi representante no podrá nombrar a nadie más que tome decisiones de mi parte. Mi representante y la persona encargada de mi cuidado están protegidos de cualquier reclamación basada en el cumplimiento de este Poder Notarial para Cuidados Médicos. Mi representante no será responsable por ninguno de los costos asociados con mi cuidado. Le doy a mi representante poder completo para tomar toda decisión de parte mía, sobre mi cuidado médico, incluyendo el poder de otorgar la negación o el retiro de tratamiento que prolongue la vida. Mi representante está autorizado a:

- Dar, rehusar o retirar el consentimiento para cualquier cuidado, procedimiento, tratamiento o servicio para diagnosticar, tratar o mantener una condición física o mental (incluyendo nutrición, hidratación o alimentación por tubo artificialmente provisto);
- Dar, rehusar o retirar el consentimiento para participar en investigaciones federalmente reguladas relacionadas con mi condición o trastorno
- Hacer todos los arreglos necesarios para cualquier hospital, institución de tratamiento psiquiátrico, hospicio, residencia de ancianos u otra organización de cuidados médicos; y, emplear a o despedir a cualquier profesional médico (cualquier persona que esté autorizada o permitida por las leyes del estado a brindar servicios de cuidado médico) de acuerdo a como él o ella considere necesario para mi bienestar físico, mental o emocional;
- Solicitar, recibir, evaluar y autorizar el envío de cualquier información relacionada con mi salud física o mental, o con mis asuntos personales, incluyendo expedientes médicos y hospitalarios; y a ejecutar cualquier autorización que pueda ser requerida para obtener tal información;
- Trasládame a o fuera de cualquier estado u otra institución con el propósito de cumplir con mis Instrucciones por Adelantado o con las decisiones de mi representante;
- Tomar acción legal, de ser necesario, para hacer lo que he instruido;
- Tomar decisiones sobre una autopsia, la donación de órganos y la disposición de mi cuerpo de acuerdo a la ley del estado, y
- Convertirse en mi tutor si uno es necesario

Al ejercer este poder, confío en que mi representante será guiado bajo mis directrices y por mis Instrucciones por Adelantado (en la página una) como hemos acordado antes de este nombramiento.

Si **NO** quiere que la persona (representante) que usted nombre tenga la autoridad de hacer cualquiera de las cosas mencionadas arriba, tache la frase y ponga sus iniciales al final de la línea.

Nombre del representante _____ Teléfono _____ Correo Electrónico _____

Dirección _____

Nombre del representante alternativo _____

(incluya nombre, dirección y número de teléfono)

Si usted **NO** desea nombrar un alternativo: escriba "ninguno".

Ejecución y Fecha Efectiva del Nombramiento

La autoridad de mi representante entra en vigencia inmediatamente con el propósito limitado de tener acceso completo a mis expedientes médicos y para consultar con mis proveedores de cuidado médico y conmigo acerca de mi salud. La autoridad de mi representante de tomar todas mis decisiones médicas y todo lo relacionado entra en vigencia cuando mi médico de cabecera determine que yo soy incapaz de tomar mis propias decisiones acerca del cuidado médico.

FIRME AQUÍ para los formularios de Poder Notarial y/o decisiones de Cuidados Médicos. Favor de pedir a dos personas que no están emparentadas o económicamente conectadas a sus bienes, que sirvan de testigos de su firma. Muchos estados requieren una notarización. Se le recomienda esto a los residentes de todos los estados.

Firma _____ Fecha/Hora _____

Testigo _____ Fecha/Hora _____

Testigo _____ Fecha/Hora _____

Notarización:

En este _____ día de _____, en el año _____, personalmente se presenta delante de mí el firmante, conocido por mí como la persona que completó este documento y lo reconoce como su libre acto y voluntad expresa. EN PRESENCIA DE LO CUAL, doy fe por mi firma y fijando mi sello oficial en el Condado de _____, Estado de _____, en la fecha escrita arriba.

Notario Público _____ Mi Comisión se vence en _____