Health Care Directive

Saint Luke's

Health Care Directions (Directrices de Atención Médica)

■ ***Llévese con usted una copia de este documento cuando vaya al hospital*** ■

Yo, (en letra de imprenta)_____, fecha de nacimiento _____, quiero que todas las personas que me cuiden sepan qué tipo de atención médica deseo cuando no pueda decirles qué es lo que quiero.

Espero que siempre se me provea atención y tratamiento para el dolor o las molestias, incluso si el tratamiento pudiera acortarme la vida, quitarme el apetito, hacer que mi respiración sea más lenta o causar dependencia.

Quiero que mi médico intente tratamientos que me puedan devolver una calidad de vida aceptable. Una calidad de vida aceptable para mí es aquella que me permita hacer cosas que son importantes y necesarias para mí. Estas cosas son:

Ejemplos:
- reconocer a mis familiares o amigos
- tomar decisiones
- comunicarme
- alimentarme
- cuidarme yo mismo

Deseo que no se me administre ningún tratamiento tan solo para mantenerme vivo cuando:
- tenga una enfermedad que cause que me muera pronto, o
- tenga una enfermedad tan grave (incluso daño o enfermedad cerebral de considerable importancia) que no tenga ninguna esperanza de lograr una calidad de vida que yo pueda aceptar (tal como se describe arriba)

CUANDO se presenten las afecciones descritas: (marque y ponga sus iniciales)	Deseo	No deseo
• Cirugía	☐	☐
• Reanimación para que mi corazón lata o que yo respire, si cualquiera dejara de funcionar (RCP)	☐	☐
• Medicamentos para tratar infecciones (antibióticos)	☐	☐
• Riñón artificial (diálisis)	☐	☐
• Respirador mecánico (respirador, ventilador)	☐	☐
• Alimento o agua administrados a través de una sonda en la vena, la nariz o el estómago (alimentación por sonda)	☐	☐
• Quimioterapia (tratamientos para el cáncer)	☐	☐
• Otros tratamientos:_____	☐	☐

Si marco "Sí", entiendo que habré otorgado mi consentimiento legal de manera voluntaria para la donación de cualquiera de mis órganos o tejidos después de mi muerte con el propósito de trasplante, terapia, investigación o educación (RSMo. § 194.225 o K.S.A. § 65-3239 y K.S.A. § 65-3223). Reconozco que se pueden requerir pruebas y procedimientos adicionales para determinar si soy candidato para la donación de órganos, y puede ser necesario mantener mi cuerpo artificialmente hasta que se puedan extraer mis órganos.

☐ **Sí** ☐ **No** ☐ **Indeciso**

Otros deseos que quiero incluir:_____

_____

Ejemplos: • cuidado paliativo • morir en casa, si fuese posible • instrucciones específicas sobre donación de órganos

Hable sobre este formulario y las ideas que tenga sobre su atención médica, con la persona que usted haya escogido para tomar las decisiones por usted, su(s) médico(s), familiares, amigos, y clero, y dele a cada uno una copia finalizada. Usted puede anular o modificar este formulario en cualquier momento. Debe revisarlo a menudo. Cada vez que lo revise, ponga sus iniciales y la fecha a continuación. _____

■ ***Asegúrese de que firme el dorso de este formulario.*** ■

☐ El paciente declara que tiene un documento de *Advance Directive* (Voluntades Anticipadas); sin embargo, la copia no está disponible. Las instrucciones sobre la atención médica antedichas son un resumen oral del contenido del documento de las Voluntades Anticipadas.

Firma del paciente:_____ Fecha:_____Hora:_____

RN Signature:_____ Date:_____Time:_____

Patient Label:

Health Care Directive

Saint Luke's

Health Care Directions (Directrices de Atención Médica)

■ ***Lleve con usted una copia de este documento cuando vaya al hospital*** ■

Es importante que escoja a alguien que pueda tomar decisiones sobre su atención médica por usted cuando usted ya no pueda hacerlo. ***Dígale a la persona (representante) que escoja qué es lo que usted desea.*** *La persona que usted escoja tendrá el mismo derecho que usted de tomar decisiones y asegurarse de que se cumplan sus deseos. Si usted* ***NO*** *escoge a nadie que tome decisiones por usted, escriba* ***NINGUNO*** *en el espacio para el nombre del representante.*

Nombro a la persona mencionada más abajo para que sea mi representante y que tome decisiones por mí acerca de mi atención médica solo cuando yo no pueda tomarlas o expresarme. Este documento es un *Durable Power of Attorney for Health Care Decisions* (Poder Notarial Permanente para asuntos médicos) y el poder de mi representante no terminará si yo quedo incapacitado, o si existiera alguna incertidumbre en cuanto a mi fallecimiento. Este documento revoca cualquier *Durable Power of Attorney for Health Care Decisions* (Poder Notarial Permanente para asuntos médicos) anterior. Mi representante no podrá nombrar a nadie más para que tome decisiones por mí. Mi representante y las personas encargadas de mi atención médica quedan eximidos de toda responsabilidad debido a cualquier reclamación basada en el cumplimiento de este *Durable Power of Attorney for Health Care* (Poder Notarial Permanente para asuntos médicos) o *Health Care Directions* (Directrices de Atención Médica). Los gastos asociados con mi atención médica correrán de mi cuenta. Otorgo a mi representante poder completo para que tome todas las decisiones por mí, incluso el poder de indicar que se me niegue o retire un tratamiento que prolongue mi vida. En el ejercicio de esta facultad, confío que mi representante se guie por mis indicaciones tal como se indican en el documento *Health Care Directions* (Directrices de Atención Médica) (véase al dorso). Mi representante está autorizado a:

- Otorgar, rehusar o retirar consentimiento para cualquier cuidado, procedimiento, tratamiento o servicio (incluso la alimentación o la hidratación artificial por medio de una sonda), para mantener, diagnosticar o tratar o una afección física o mental;
- Hacer todos los arreglos necesarios para ingresos en cualquier hospital, institución de tratamiento psiquiátrico, hospicio, residencia de ancianos u otra organización de atención médica; contratar o despedir a personal médico (cualquier persona que esté autorizada o permitida por las leyes del estado a brindar servicios de atención médica) según como mi representante lo considere necesario para mi bienestar físico, mental o emocional;
- Solicitar, recibir y revisar cualquier información relacionada con mi salud física o mental, o con mis asuntos personales, incluso expedientes médicos y hospitalarios; ejecutar la divulgación de otros documentos que puedan ser necesarios para obtener tal información;
- Trasladarme de un estado a otro o de una institución a otra con el propósito de cumplir con mis *Health Care Directions* (Directrices de Atención Médica) o con las decisiones de mi representante;
- Tomar medidas legales, de ser necesario, para hacer lo que he indicado;
- Tomar decisiones sobre la autopsia y la disposición de mi cuerpo; y
- Convertirse en mi tutor si fuera necesario.

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

Nombre del representante:_____ Teléfono:_____

Dirección:_____

Si usted ***NO*** *desea nombrar a un representante alterno, escriba "ninguno."*

Primer representante alterno	Segundo representante alterno
Nombre:_____	Nombre:_____
Dirección:_____	Dirección_____
Teléfono:_____	Teléfono:_____

FIRME AQUÍ para los formularios del *Durable Power of Attorney* (Poder Notarial Permanente y/o para las Directrices de Atención Médica). Muchos estados requieren una certificación notarial. Por favor, pídales a dos (2) personas, que no sean parientes suyos o que no estén relacionadas con sus finanzas o con su caudal hereditario, que sean testigos de su firma.

Firma:_____ Fecha:_____Hora:_____

Testigo:_____ Fecha:_____Hora:_____

Testigo:_____ Fecha:_____Hora:_____

Notarization:
On this _____ day of _____, in the year of _____, personally appeared before me the person signing, known by me to be the person who completed this document and acknowledged it as his/her free act and deed. IN WITNESS WHEREOF, I have set my hand and affixed my official seal in the County of _____, State of _____, on the date written above.

Notary Public:_____Commission Expires:_____

Patient Label: