CATHOLIC HEALTH INITIATIVES®

Saint Clare's Hospital

Directriz Anticipada para el Cuidado de la Salud

Saint Clare's Health System es una organización católica que mantiene como valor principal el respeto por la vida en todas sus etapas y en todas sus condiciones. Le invitamos a una participación activa en el proceso compartido de toma de decisiones con relación a su cuidado.

Una Directriz Anticipada (Advance Directive) asegura que sus deseos sean respetados cuando usted no se encuentre hábil para tomar decisiones respecto al cuidado de su salud. Esta es una de varios formatos disponibles, otros formatos son igualmente validas.

Usted puede elegir completar sólo la Instrucción por Poder (Secciones A, B, C y F), el Testamento en Vida (Secciones D, E y F) o ambos (Secciones A, B, C, D, E y F).

Instrucción por Poder

A mi familia, médicos y todos aquellos relacionados con mi cuidado:

A. Designación de un representante del cuidado de la salud

Por este medio designo a

Nombre_____ Relación_____

Calle_____

Ciudad_____ Estado_____ Teléfono_____

como mi representante del cuidado de la salud para que tome decisiones sobre la aceptación, rechazo o retiro del tratamiento. En el evento que mis deseos no fueran claros, o de surgir una situación que no fue anticipada por mí, mi representante del cuidado de la salud se encuentra autorizado a tomar las decisiones más convenientes a mis intereses, basado en su conocimiento sobre mis deseos.

B. Representante Alterno del cuidado de la salud

Si la persona arriba designada no pudiera, no deseara o no se encontrara disponible para actuar como mi representante del cuidado de la salud, por este medio designo a la siguiente persona para que ejerza dicha acción.

Nombre_____ Relación_____

Calle_____

Ciudad_____ Estado_____ Teléfono_____

C. He discutido mis deseos con la(s) persona(s) arriba mencionadas y confío en su criterio en mi nombre. Entiendo el propósito de este documento y lo firmo a sabiendas, voluntariamente y después de una reflexión cautelosa.

Nombre_____ Fecha_____

Este documento es válido sólo en el evento que el individuo mencionado firme en presencia de dos testigos quienes también deberán firmar en el reverso del documento original.

CATHOLIC HEALTH INITIATIVES®

Saint Clare's Hospital

Directriz Anticipada para el Cuidado de la Salud

Testamento en Vida

A mi familia, médicos y todos aquellos relacionados con mi cuidado:

D. Yo, _____ con mente sana, por este medio declaro y hago de conocimiento mis instrucciones para futuro cuidado de mi salud en caso de que esté incapacitado para participar en dichas decisiones respecto a este cuidado.

E. Coloque su firma delante de la declaración No. 1 o No.2, pero no en ambas.

1. _____ Ordeno que todas las medidas médicas apropiadas sean proporcionadas para el sostenimiento de mi vida, sin considerar mi estado físico o mental.

2. _____ Si mi estado físico o mental es tal que no existe expectativa razonable de mi recuperación o de volver a tener una vida significativa, entonces no se deben iniciar medidas para sustentar la vida. Si se han comenzado, deben suspenderse. Esos procedimientos o tratamientos que sustentan la vida y que pueden ser detenidos o retirados, incluyen pero no se limita a:

Marque los que correspondan

- ❑ Alimentación y líquidos artificiales
- ❑ Máquina para respirar (ventilador)
- ❑ Resucitación Cardíaca (CPR)
- ❑ Diálisis
- ❑ Drogas, excluyendo medicamentos para el dolor
- ❑ Cirugía

❑ ***Ordeno que se me dé cuidado médico apropiado para aliviar el dolor y mantenerme cómodo.***

❑ Otras instrucciones_____

_____

F. Testigo (no puede ser el Representante del cuidado de la salud ni un Representante alterno del cuidado de la salud indicado en la Sección A o B.

G. Esta sección debe ser completada.

Declaro que la persona que firma este documento, o pidió a otra persona que firmara este documento en su nombre, lo hizo en mi presencia y que él o ella parece ser de mente sana y libre de influencias indebidas.

Firma del Testigo_____ Fecha_____

Firma del Testigo_____ Fecha_____

Este documento es válido sólo en el evento que el individuo mencionado firme en presencia de dos testigos quienes también deberán firmar en el reverso del documento original.

Este documento ha sido traducido del inglés al español. Los dialectos regionales y locales pueden diferir. Si necesita ayuda para entender esta planilla, por favor comuníqueselo a un representante del hospital.