



DESIGNACIÓN de APODERADO PARA DECISIONES SOBRE LA SALUD y TESTAMENTO VITAL

Yo, _____, deseo elegir cómo seré tratado/a por mis profesionales médicos. Si no puedo comunicarme o tomar decisiones sobre la atención de mi salud debido a lesión o enfermedad, deseo que mis profesionales médicos, **apoderado para decisiones sobre mi salud (HCS, en inglés)** y seres queridos cumplan este testamento vital.

En el caso de que no me pueda comunicar o tomar decisiones sobre mi salud, mi HCS podrá:

- Hablar con mis profesionales médicos y tener acceso a mi información médica
- Autorizar mi tratamiento o hacer que me lo retiren según mis elecciones
- Autorizar traslado a otra institución
- Tomar decisiones acerca de donación de órganos/tejidos según mis elecciones
- Aplicar para beneficios públicos, como Medicare/Medicaid, en mi nombre

PARTE 1: ESCOJA A SU APODERADO PARA DECISIONES SOBRE LA SALUD (HCS)

En caso de que no pueda o no desee comunicarme o que sea incapaz de tomar decisiones acerca de recibir, mantener o retirar procedimientos médicos u otros tratamientos, designo un apoderado para decisiones sobre mi salud (HCS, en inglés) que tome decisiones por mí de acuerdo con su entendimiento de mis elecciones y valores.

HCS designado

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____

Correo electrónico: _____

HCS alternativo (Si mi HCS designado no desea, no puede o no está razonablemente disponible)

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____

Correo electrónico: _____

AUTORIZACIÓN PARA APODERADO PARA DECISIONES SOBRE LA SALUD (HCS)

La autorización para mi HCS entra en vigencia cuando mi profesional médico determine que soy incapaz de tomar mis propias decisiones médicas, a menos que marque con mis iniciales una o ambas de las siguientes declaraciones.

Si marco aquí _____ la autorización para que mi HCS reciba información de mi salud entra en vigencia de inmediato. (al firmar este documento)

Si marco aquí _____ la autorización para que mi HCS tome decisiones por mí entra en vigencia de inmediato. (al firmar este documento)

Mientras sea capaz de tomar mis propias decisiones, mis elecciones determinarán el tipo de tratamiento que recibiré. Mis profesionales médicos me comunicarán claramente mi tratamiento y todo cambio, incluso si permito que mi HCS tome decisiones de inmediato.

PARTE 2: INDIQUE SUS ELECCIONES MÉDICAS

Entiendo que este testamento vital sólo será efectivo cuando yo:

1. Ya no pueda comunicarme o no sea capaz de dar a conocer mis decisiones sobre atención médica **Y**
2. Dos médicos hayan determinado que tengo una de las siguientes opciones:
Una condición terminal o en etapa final y haya pocas posibilidades o ninguna de recuperación
⇒ Una condición de inconsciencia permanente e irreversible, como coma o estado vegetativo
⇒ Una enfermedad mental o física irreversible y severa, como demencia terminal, que, me impida comunicarme con los demás, reconocer a mis seres queridos o cuidar de mí

Si desarrollo alguna de estas condiciones, deseo que mis profesionales médicos y mi HCS sigan las elecciones que tomo en este testamento vital.

| Mis elecciones específicas si sufro alguna de las condiciones previas | Marque su opción con un círculo | |
|--|---------------------------------|---------------|
| Reanimación cardio-pulmonar (RCP) si se detienen mi corazón y respiración | Sí, quiero | No, no quiero |
| Una máquina para respirar (respirador) si no puedo respirar por mis propios medios | Sí, quiero | No, no quiero |
| Nutrición y líquidos por tubos en mis venas, nariz o estómago | Sí, quiero | No, no quiero |
| Diálisis, marcapasos o desfibrilador, o cualquier otra máquina semejante | Sí, quiero | No, no quiero |
| Cirugía o admisión a una Unidad de Cuidados Intensivos hospitalaria | Sí, quiero | No, no quiero |
| Medicamentos que pueden prolongar mi agonía, como antibióticos | Sí, quiero | No, no quiero |

Coloque sus iniciales al lado de las siguientes declaraciones que sean importantes para usted.

- _____ Quiero que mi HCS y profesionales médicos aseguren mi comodidad y manejo de mi dolor. Entiendo que el uso de medicamentos para el dolor podrá causar efectos secundarios, como somnolencia o confusión.
- _____ Quiero que me proporcionen cuidados paliativos para asegurar mi confort. (Los cuidados paliativos dan alivio a síntomas, dolor y estrés de una enfermedad grave. Pueden suministrarse con un tratamiento curativo.)
- _____ Para asegurar mi confort, quiero la participación de un centro de cuidados paliativos lo antes posible. (Los centros de cuidados paliativos se concentran en el confort y la calidad de vida más que en una cura.)

PARTE 3: INDIQUE METAS DE LA ATENCIÓN

Esta página es opcional, pero altamente recomendada.

Suponga que llega un momento en que está demasiado enfermo/a o herido/a para comunicarse. Sus profesionales médicos consideran que hay pocas posibilidades de que recupere la capacidad de saber quién es usted o con quién está. ¿Qué sería más importante hacer en esta situación? (nivel de cuidado, lugar de atención, descripción de una buena calidad de vida)_____

¿ Qué creencias culturales, espirituales, religiosas o personales tiene que desea dar a conocer a sus profesionales médicos? (Costumbres, prácticas, comidas, servicios, música)

Por favor, contacten a mi guía espiritual/religioso para apoyarme.

Nombre:_____

Información de contacto:_____

Quiero que mi HCS, seres queridos y profesionales médicos conozcan esta información sobre mí. ¿Cuáles son sus miedos, preocupaciones o inquietudes acerca de lesiones o enfermedades graves?_____

PARTE 4: HÁGALO LEGAL

Entiendo completamente el significado de esta Designación de Apoderado para Decisiones sobre la Salud y Testamento Vital. Soy emocional y mentalmente capaz de firmar este documento. El mismo refleja mis elecciones personales con respecto a atención médica.

Firma _____ Nombre en imprenta _____ Fecha _____

Testigo 1: _____
Nombre en imprenta _____ Firma _____

Domicilio: _____

Testigo 2: _____
Nombre en imprenta _____ Firma _____

Domicilio: _____

*** Su(s) apoderado(s) para decisiones de la salud no puede actuar de testigo para este testamento vital. Al menos uno de los testigos debe ser alguien diferente de cónyuge o pariente biológico.**

Próximos Pasos

- Hable sobre su testamento vital con su(s) profesional(es) de la salud.
- Comunique sus decisiones a su HCS y apoderado alternativo.
- Una vez firmado y testificado su testamento vital, entregue copias a: su(s) médico(s), su apoderado HCS y apoderado alternativo y seres queridos.
- Conserve su copia original donde se pueda hallar con facilidad.
- Revise su testamento vital con regularidad. Puede cambiar el testamento vital en cualquier momento.

Se han entregado copias de este documento a: _____

El Estado de Florida **NO** requiere autenticación bajo notario de testamentos vitales, sin embargo, algunos estados lo hacen. Por favor, verifique los requisitos de su estado. Este espacio es para los individuos que requieran autenticación.

Firma: _____ Condado de: _____

El instrumento precedente fue reconocido ante mí el _____ (fecha).

Por: _____ Firma del Notario: _____

Sello de Notario: