

DIRECTIVA ANTICIPADA (ESTADO DE OREGON)

Este formulario se puede ser utilizado en Oregon para elegir a una persona que tome las decisiones de atención médica en su nombre si usted esta demasiado enfermo como para hablar por sí mismo. La persona se llama Representante de Atención Médica. Sino tiene a un Representante de Atención Médica asignado y se enferma de tal manera que no puede hablar por sí mismo, un Representante de Atención Médica sera asignado para usted en el orden de prioridad establecida en la ley *ORS 127.635 (2)*.

Este formulario también le permite expresar sus valores y creencias con respecto a las decisiones de atención médica y sus preferencias para la atención médica.

- Si ha completado una Voluntad Anticipada en el pasado, esta nueva Voluntad Anticipada reemplazará cualquier Voluntad Anticipada anterior.
- Debe firmar este formulario para que sea efectivo. También debe tenerlo atestiguado por dos testigos o un notario. Su designación de un Representante de Atención Médica no es efectiva hasta que el Representante de Atención Médica acepte dicha designación.
- Si su Voluntad Anticipada incluye instrucciones sobre el cese del respirador artificial o alimentación por sonda, puede revocar su Voluntad Anticipada en cualquier momento y de cualquier manera que exprese su deseo de revocarla
- En todos los demás casos, puede revocar su Voluntad Anticipada en cualquier momento y de cualquier manera siempre y cuando usted sea capaz de tomar decisiones médicas.

1. ACERCA DE MI.

Nombre _____ Parentesco _____

Números De Teléfono (Hogar) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Dirección _____

Correo Electrónico _____

2. MI REPRESENTATE DE ATENCION MEDICA.

Elijo a la siguiente persona como mi **Representante de Atención Médica** para que tome las decisiones de atención médica por mí si no puedo hablar por mi mismo.

Nombre _____ Parentesco _____

Números De Teléfono (Hogar) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Dirección _____

Correo Electrónico _____

Yo elijo a las siguientes personas para que sean mis **Representantes de Atención Médica alternativos** si mi primera opción no está disponible para tomar decisiones de atención médica por mí o si cancel la primera asignación del primer Representante de Atención Médica.

Primer Representante Alterno De Atencion Medica:

Nombre _____ Parentesco _____

Números De Teléfono (Hogar) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Dirección _____

Correo Electrónico _____

Segundo Representante Alterno De Atencion Medica:

Nombre _____ Parentesco _____

Números De Teléfono (Hogar) _____ (Trabajo) _____ (Celular) _____

Dirección _____

Correo Electrónico _____

3. INSTRUCCIONES A MI REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA.

Si desea dar instrucciones a su Representante de Atención Médica sobre sus decisiones de atención médica ponga sus iniciales en una de las siguientes tres declaraciones:

_____ En la medida apropiada, mi representante de atención médica debe seguir mis instrucciones.

_____ Mis instrucciones son pautas que mi Representante de Atención Médica debe considerar al tomar decisiones sobre mi cuidado.

Otras instrucciones: _____

4. INSTRUCCIONES PARA MI CUIDADO AL FÍN DE MI VIDA.

Al completar estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- La frase “*como recomienda mi proveedor de atención médica*” significa que usted quiere que su proveedor de atención médica utilice el respirador artificial si su proveedor de atención médica cree que podría ser útil, y que desea que su proveedor de atención médica interrumpa el respirador artificial si su proveedor de atención médica cree que no le está ayudando a su condición de salud o a sus síntomas.
- La frase “*respirador artificial*” significa cualquier tratamiento medico que mantiene la vida al mantener, restaurar o reemplazar una función vital.
- El término “*alimentación por sonda*” significa que la comida y agua son administradas artificialmente.
- Si rechaza la alimentación por sonda, debe comprender que es probable que se produzcan la malnutrición, deshidratación y muerte.
- Recibirá cuidados para su comodidad y limpieza sin importar las decisiones que tome.

A. Declaración para el cuidado al Final de Mi Vida. Puede poner sus iniciales en la siguiente declaración si está de acuerdo con ella. Si pone sus iniciales a la declaración, puede, pero no tiene que hacerlo, enumerar una o más condiciones por las cuales no desea recibir respiración artificial.

_____ No quiero que mi vida sea prolongada por respiración artificial. Tampoco quiero la alimentación por sonda para prolongar mi vida artificialmente. Quiero que mi proveedor de atención médica me permita morir naturalmente si mi proveedor de atención médica y otro proveedor de atención médica con experiencia confirman que estoy en cualquiera de las condiciones médicas que se enumeran a continuación (parte B).

B. Instrucciones adicionales sobre el cuidado al final de mi vida. Estos son mis deseos acerca de mi atención médica si mi proveedor de atención médica y otro proveedor de atención médica capacitado confirman que estoy en una condición médica que se describe a continuación:

a) **Cerca de la Muerte:** Si estoy cerca de la muerte y la respiración artificial solo prolongara el momento de mi muerte:

INICIAL UNO:

_____ Yo quiero recibir alimentación por sonda

_____ Yo sólo quiero la alimentación por sonda como lo recomienda mi proveedor de atención médica

_____ NO QUIERO alimentación por sonda

INICIAL UNO:

_____ Yo quiero cualquier otro tipo de respiración artificial que pueda aplicar

_____ Yo quiero respiración artificial solo como lo recomienda mi proveedor de atención médica

_____ NO QUIERO respiración artificial

b) **Permanente e Inconsciente:** Si estoy inconsciente y es muy improbable que vuelva a recuperar el conocimiento de nuevo:

INICIAL UNO:

_____ Yo quiero recibir alimentación por sonda

_____ Yo sólo quiero la alimentación por sonda como lo recomienda mi proveedor de atención médica

_____ NO QUIERO alimentación por sonda

INICIAL UNO:

_____ Yo quiero cualquier otro tipo de respiración artificial que pueda aplicar

_____ Yo quiero respiración artificial solo como lo recomienda mi proveedor de atención médica

_____ NO QUIERO respiración artificial

c) **Enfermedad Progresiva Avanzada:** si tengo una enfermedad progresiva que será fatal y se encuentra en una etapa avanzada, y de manera sistemática y permanente no puedo comunicarme por ningún medio, tragar los alimentos y el agua de manera segura, cuidarme y reconocer a mi familia u otras personas, y es muy poco probable que mi condición mejore sustancialmente:

INICIAL UNO:

_____ Yo quiero recibir alimentación por sonda

_____ Yo sólo quiero la alimentación por sonda como lo recomienda mi proveedor de atención médica

_____ NO QUIERO alimentación por sonda

INICIAL UNO:

_____ Yo quiero cualquier otro tipo de respiración artificial que pueda aplicar

_____ Yo quiero respiración artificial solo como lo recomienda mi proveedor de atención médica

_____ NO QUIERO respiración artificial

d) **Sufrimiento Extraordinario:** Si la respiración artificial no ayudara a mi afección médica y me haría sufrir un dolor permanente y severo:

INICIAL UNO:

_____ Yo quiero recibir alimentación por sonda

_____ Yo sólo quiero la alimentación por sonda como lo recomienda mi proveedor de atención médica

_____ NO QUIERO alimentación por sonda

INICIAL UNO:

_____ Yo quiero cualquier otro tipo de respiración artificial que pueda aplicar

_____ Yo quiero respiración artificial solo como lo recomienda mi proveedor de atención médica

_____ NO QUIERO respiración artificial

C. Instrucciones Adicionales

Puede adjuntar a este documento cualquier escrito o registro de sus valores y creencias relacionadas con las decisiones de atención médica. Estos adjuntos servirán como pautas para los proveedores de atención médica. Los adjuntos pueden incluir una descripción de lo que le gustaría que sucediera si está cerca de la muerte, si está permanentemente inconsciente, si tiene una enfermedad progresiva avanzada o si sufre un dolor intenso y permanente.

5. MI FIRMA.

Mi Firma _____ Fecha _____

6. DECLARACIÓN DE TESTIGOS.

COMPLETE YA SEA LA SECCIÓN (A) O (B) CUANDO FIRME (debe estar certificado por un notario público en la parte A o presenciado por dos adultos en la Parte B)

A. NOTARIO:

Estado de: _____

Condado de: _____

Firmado o atestado ante mi el día de: _____, 20____

por _____

Notario Publico – Estado de Oregon

B. TESTIGOS:

Yo conozco personalmente a la persona que complete este formulario o me ha proporcionado un comprobante de identidad, ha firmado o reconocido la firma de la persona en el documento en mi presencia y parece no estar bajo coacción y comprende el propósito y el efecto de este formulario. Además, no soy el Representante de Atención Médica de la persona o un representante de atención médica alternativo, y no soy el proveedor de atención médica que atiende a la persona.

Nombre del testigo (en letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del testigo (en letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

7. ACEPTACIÓN DE MI REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA.

Acepto esta asignación y acepto servir como representante de atención médica.

Representante de atención médica:

Nombre Impreso _____

Firma u otra verificación de aceptación _____ Fecha: _____

Primer representante alternativo de atención médica:

Nombre Impreso _____

Firma u otra verificación de aceptación _____ Fecha: _____

Segundo representante alternativo de atención médica:

Nombre Impreso _____

Firma u otra verificación de aceptación _____ Fecha: _____