

# Mis Decisiones Directiva Anticipada para la atención médica

**Nombre Completo:** \_\_\_\_\_

Por favor escriba en letra de molde

Estas instrucciones sólo se aplican en situaciones cuando yo no pueda tomar o comunicar mis decisiones sobre atención médica directamente. Ponga un «X» por cualquier sección que Usted no está completando en este momento.

## 1. Condiciones Terminales (Testamento Vital)

YO proporciono estas instrucciones de acuerdo con la Ley de los Derechos de Pacientes con Enfermedades Terminales de Montana (Montana Rights of the Terminally Ill Act). Estas son mis deseos con respecto al tipo de tratamiento que quiero recibir en caso de que no pueda comunicarme o tomar mis propias decisiones. Estas instrucciones sólo son válidas si las dos siguientes condiciones existen:

- **Tengo una condición terminal, y**
- **En la opinión del médico que me atiende, moriré en un período de tiempo relativamente corto sin tratamiento para mantenerme vivo el cual sólo prolongará el proceso de muerte.**

YO autorizo a mi Representante, en caso de haber designado a alguien, a tomar la decisión de proporcionar, retener o retirar cualquier tratamiento médico.

### Instrucciones de Tratamiento General

Marque las casillas que expresen sus deseos:

- No proporciono ninguna decisión en este momento.
- YO pido al médico que me atiende a retener o retirar tratamiento que simplemente prolonga el proceso de muerte.

Por lo tanto, pido (marque todas las casillas que se apliquen):

- Que se me administre el tratamiento necesario para mantenerme mi dignidad, mantenerme cómodo y aliviar el dolor.
- Si no puedo tomar agua, NO autorizo que se me administren líquidos a través de una aguja o catéter colocado en mi cuerpo a menos que sea para comodidad.
- Si no puedo digerir alimentos, NO autorizo que se me administren una sonda introducida a través de la nariz o boca o colocada quirúrgicamente en mi estómago para alimentarme.
- Si se me desarrolla una infección seria, NO autorizo el uso de antibióticos para prolongar mi vida. Se puede administrar los antibióticos para tratar una infección dolorosa.

Yo he adjuntado a este formulario instrucciones adicionales con respecto a tratamiento médico:

- Sí
- No

## 2. Enfermedad Crónica o Incapacidad Grave (Opcional)

Mi enfermedad o incapacidad crónica puede complicar una enfermedad aguda, pero no debería ser malinterpretada como una condición terminal.

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Consultar a mi médico \_\_\_\_\_  
Nombre Teléfono

Instrucciones especiales (use hojas adicionales si es necesario) \_\_\_\_\_

## 3. Representante para la Atención Médica (Poder Notarial para la Atención Médica)

Mi Representante puede tomar todas las decisiones sobre atención médica por mí como está autorizado en este documento y será dado acceso a todos mis registros médicos. Este nombramiento se aplica si se espera que yo me recupere o no.

Yo deseo designar a un Representante  Sí  No

### A. Representante Primario

Yo designo a \_\_\_\_\_ como mi Representante.  
Nombre Completo del Representante en letra de molde

Dirección del Representante \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

La autoridad de mi Representante entra en vigor cuando yo no pueda tomar decisiones sobre atención médica o comunicar mis deseos. Yo puedo revocar esta autoridad en cualquier momento que yo recupere estas habilidades (a menos que el médico que me atiende y cualquier especialista necesario determinen que soy incapaz de tomar decisiones en mi mejor interés).

Si por alguna razón, yo debería necesitar un guardián de mi persona Designado por un tribunal, yo nombro a mi Representante, o Representante(s) Alternativo(s), nombrados abajo.

### B. Representante(s) Alternativo(s)

- Si: 1. Yo revoco la autoridad de mi Representante; o  
2. Mi Representante no está dispuesto o incapaz de actuar por mí; o  
3. Mi Representante es mi cónyuge y yo me separo o me divorcio legalmente,

Yo nombro a las siguientes persona(s) como alternativos a mi Representante en el orden indicado:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
Nombre Completo del Representante Alternativo en letra de molde Nombre Completo del Representante Alternativo en letra de molde

Dirección \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado Código Postal \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

## 4. Firmar y Presenciar esta Directiva Anticipada para la atención médica

### A. Su Firma

Pida a dos personas que le miren mientras Usted firma y haga que firmen a continuación. Si Usted puede, es mejor firmar este documento delante de un Notario Público.

1. Yo revoco cualquier directiva anticipada para la atención médica o instrucción hecha anteriormente.
2. Este documento tiene el propósito de ser válido en cualquier jurisdicción en la que se presenta.
3. Una copia de este documento tendrá la misma validez que el original.
4. Aquellos quienes actúan como he indicado en este documento quedarán libres de responsabilidad legal por haber seguido mis instrucciones.
5. Si el médico que me atiende no está dispuesto o no puede cumplir con mis deseos como se ha establecido en este documento, Yo solicito que mi atención médica sea transferida a un médico que sí lo haga.

Yo firmo este documento el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre Completo en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código Postal

\_\_\_\_\_  
Teléfono de Casa

\_\_\_\_\_  
Teléfono de Trabajo

### B. Pida a Sus Testigos que Lean y Firmen

Yo declaro que soy mayor de la edad de 18 y la persona que firmó este documento es personalmente conocida por mí, y ha firmado estas directivas anticipadas para la atención medica en mi presencia, y parece ser de mente sana y bajo ninguna coacción, fraude o influencia indebida.

<b>1.</b>	_____	<b>2.</b>	_____		
Firma	Fecha	Firma	Fecha		
_____	_____	_____	_____		
Nombre en letra de molde		Nombre en letra de molde			
_____	_____	_____	_____		
Dirección		Dirección			
_____	_____	_____	_____		
Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal

### C. Autenticar Este Documento mediante Acta Notarial (Notarizar)

ESTADO DE \_\_\_\_\_ CONDADO DE \_\_\_\_\_

En este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, lo dicho conocido por mí (o ha probado serlo satisfactoriamente) la persona cuyo nombre está en este documento anterior, personalmente compareció ante mí, un Notario Público dentro de y para el Estado y Condado mencionado, y reconoció que él o ella ejecutó libremente y voluntariamente lo mismo para los propósitos establecidos en ello.

\_\_\_\_\_  
Notario Público para el Estado de \_\_\_\_\_

Residiendo en \_\_\_\_\_

Mi comisión vence \_\_\_\_\_

## 5. Instrucciones Especiales

### A. Preferencias Espirituales

Mi religión \_\_\_\_\_ Mi comunidad de fe \_\_\_\_\_

Persona de Contacto \_\_\_\_\_ Me gustaría recibir apoyo espiritual  Sí  No

### B. Donde me gustaría estar al morir

Mi hogar  Hospital  Residencia de ancianos  Otro \_\_\_\_\_

### C. Donación de Órganos en el momento de Mi Muerte (marque uno de los siguientes):

No deseo donar ninguna parte de mi cuerpo, órganos o tejido.

Deseo donar mi cuerpo entero.

Deseo donar **sólo** lo siguiente (marque todos los que se apliquen):

Cualquier órgano, tejido o parte del cuerpo  Corazón  Riñones

Pulmones  Médula Ósea  Ojos  Piel  Hígado  Otro(s)

### D. Cuidado después de Muerte (cuidado de mi cuerpo, entierro, cremación, preferencia de funeraria)

\_\_\_\_\_

### E. Instrucciones Adicionales (use hojas adicionales si es necesario) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### F. Distribución de esta Directiva Anticipada para la atención médica

Tengo planes de depositar esta Directiva Anticipada para la atención médica en el Registro al

Final de Vida de Montana:  Sí  No

Tengo planes de enviar copias de este documento a las siguientes personas o ubicaciones:

#### Médico:

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

#### Hospital:

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

#### Familiar: Parentesco \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

#### Sacerdote/Pastor:

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_