

## PLAN POR ANTICIPADO DE ATENCIÓN MÉDICA

Instrucciones: Los adultos competentes y menores emancipados pueden dar instrucciones por adelantado usando este formulario o cualquier formulario de su elección. Para ser legalmente válido, el Plan por Anticipado de Atención Médica debe estar firmado y certificado por testigos o notario público.

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente doy estas instrucciones por anticipado sobre como quiero que me traten mis médicos y otros proveedores de atención médica cuando ya no pueda tomar esas decisiones de tratamiento por mí mismo.

**Agente:** Quiero que la siguiente persona haga las decisiones de atención médica por mí:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

**Agente Alternativo:** Si la persona nombrada arriba no está disponible o no desea tomar las decisiones de atención medica por mí, yo nombro alternativamente a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

### **Calidad de Vida:**

Quiero que mis doctores me ayuden a mantener una calidad de vida aceptable incluyendo un adecuado manejo del dolor. Una calidad de vida que no es aceptable para mí significa cuando yo tengo cualquiera de las siguientes condiciones (**puede marcar todas las que quiera**):

- Condición de Inconciencia Permanente:** Llego a no tener conciencia de la gente o de mi alrededor con poca probabilidad de llegar a despertar del coma.
- Confusión Permanente:** Llego a ser incapaz de recordar, entender o hacer decisiones. No reconozco a quienes amo o no puedo tener una clara conversación con ellos.
- Dependencia de Otros para Todas las Actividades del Diario Vivir:** No tengo la capacidad de hablar claramente o de moverme por mí mismo. Dependo de otros para tomar alimentos, bañarse, vestirse y caminar. La rehabilitación o algún otro tratamiento restaurativo no ayudarán.
- Enfermedad en su Última Etapa:** Tengo una enfermedad que ha alcanzado su estadio final a pesar del tratamiento completo. Ejemplos: Cáncer ampliamente diseminado que no responde ya al tratamiento; enfermedad crónica y/o daño del corazón y pulmones, donde el oxígeno es necesario la mayoría del tiempo y las actividades están limitadas debido a la sensación de sofocación.

### **Tratamiento:**

Si mi calidad de vida llega a ser inaceptable para mí y mi condición es irreversible (esto es, no mejora), yo indico que el tratamiento médico apropiado sea provisto como sigue. **El marcar "si" quiere decir YO QUIERO el tratamiento. El marcar "no" quiere decir YO NO quiero el tratamiento.**

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si No	<b>CPR (Resucitación Cardiopulmonar por sus siglas en inglés):</b> Para hacer que el corazón vuelva a latir y restaurar la respiración después de haber parado. Usualmente esto involucra choques eléctricos, compresión del tórax, y asistencia respiratoria.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si No	<b>Soporte Vital / Otro Apoyo Artificial:</b> Uso continuo de maquina respiratoria, fluidos intravenosos, medicamentos, y otros equipos que ayudan a los pulmones, corazón, riñones y otros órganos a continuar trabajando.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si No	<b>Tratamiento de Nuevas Condiciones:</b> Uso de cirugía, transfusiones sanguíneas, o antibióticos que funcionarán para la nueva condición, pero no ayudarán con la condición principal.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si No	<b>Alimentación por tubo/fluidos IV:</b> Uso de tubos para llevar alimentos y agua al estómago del paciente o uso de fluidos intravenosos (IV) dentro de la vena lo cual incluye hidratación y nutrición provista artificialmente.

Otras instrucciones, tales como arreglos para el funeral, cuidados de hospicio, etc.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Adjunte paginas adicionales si es necesario)

Donación de órganos (opcional): Sobre mi muerte, deseo hacer los siguientes regalos anatómicos (favor de marcar uno):

Cualquier órgano/tejido       Mi cuerpo entero       Solo los siguientes órganos/tejidos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**FIRMA**

Su firma debe ser presenciada y certificada por dos testigos adultos competentes o por un notario público. Si es firmada por testigos, ninguna de las personas debe ser la que usted indicó como su agente, y al menos uno de los testigos debe ser alguien que no tiene parentesco con usted o no tenga ningún derecho de ninguna parte del testamento.

Firma: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

(Paciente)

Testigos:

1. Soy un adulto competente quien no está nombrado agente.  
Soy testigo de la firma del paciente en este formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo número 1

2. Soy un adulto competente quien no está nombrado agente. No tengo relación por sangre, matrimonio, o adopción con el paciente y no tendré derecho a ninguna porción de las propiedades del paciente sobre su muerte bajo ningún testamento o codicilio existente o por disposición de la ley. Soy testigo de la firma del paciente en este formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo número 2

Este documento puede ser notarizado en lugar de usar testigos:

-----  
STATE OF ARKANSAS  
COUNTY OF \_\_\_\_\_

I am a Notary Public in and for the State and County named above. The person who signed this instrument is personally known to me (or proved to me on the basis of satisfactory evidence) to be the person who signed as the "patient". The patient personally appeared before me and signed above or acknowledged the signature above as his or her own. I declare under penalty of perjury that the patient appears to be of sound mind and under no duress, fraud, or undue influence.

My commission expires: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Notary Public

---

**QUE HACER CON ESTAS DIRECTIVAS ANTICIPADAS**

- Provea una copia a su doctor(s)
- Mantenga una copia en sus archivos personales donde sea accesible a otros
- Diga a los familiares más cercanos y amigos lo que está en el documento
- Provea una copia a la persona(s) que usted nombro su agente de atención médica