

## **INSTRUCCIONES ANTICIPADAS SOBRE ATENCIÓN MÉDICA**

Usted tiene el derecho de proporcionar instrucciones sobre su propia atención médica. También tiene el derecho de designar a otra persona para que tome las decisiones sobre atención médica en su nombre. El presente formulario le permite hacer una o ambas cosas. Le permite expresar sus deseos con relación a la donación de órganos y a la designación de su proveedor de atención médica a cargo de la supervisión. Si utiliza este formulario, puede completarlo o modificarlo en forma total o parcial. Tiene la libertad de utilizar un formulario diferente, pero debe asegurarse de que tenga vigencia bajo la ley de Wyoming, antes de utilizarlo.

La Parte 1 de este formulario es un Poder legal para atención médica.

- La Parte 1 le permite nombrar a otra persona como agente para que tome las decisiones sobre atención médica en su nombre, si usted no pudiera ser capaz de tomar sus propias decisiones o si desea que alguien más tome ahora dichas decisiones en su nombre, incluso si usted aún es capaz.
- Usted también puede designar a un agente sustituto para que actúe en su nombre, si su primera opción no desea hacerlo, no puede o no está disponible razonablemente para tomar decisiones en su nombre. A menos que tenga una relación por consanguinidad, matrimonio o adopción, su agente no puede ser un propietario, operador o empleado de un centro de atención residencial o comunitario en donde usted reciba atención.
- A menos que el formulario que usted firme limite la autoridad de su agente, su agente puede tomar todas las decisiones de atención médica en su nombre. Este formulario tiene un espacio para que usted limite la autoridad de su agente. No es necesario que usted limite la autoridad de su agente, si desea confiar a su agente todas las decisiones de atención médica que se deban tomar. Si elige no limitar la autoridad de su agente, éste tendrá derecho a:
  - Dar su consentimiento o rechazar el consentimiento para cualquier atención, tratamiento, servicio o procedimiento para mantener, diagnosticar o de otra manera afectar una condición física o mental;
  - Seleccionar o despedir a proveedores e instituciones de atención médica;
  - Aprobar o desaprobando pruebas diagnósticas, procedimientos quirúrgicos, programas de medicación y órdenes de no resucitar; y
  - Dirigir el suministro, la detención o retiro de nutrición e hidratación artificiales, así como todas las demás formas de atención médica.

La Parte 2 de este formulario le permite dar instrucciones específicas acerca de cualquier aspecto de su atención médica.

Se proporcionan las elecciones para que usted exprese sus deseos con relación al suministro, detención o retiro del tratamiento para mantenerle vivo, incluyendo el suministro de nutrición e hidratación artificiales, así como el suministro de alivio del dolor. También se proporciona espacio para que usted haga adiciones a las elecciones que ha hecho o para que escriba cualquier deseo adicional.

La Parte 3 de este formulario le permite expresar una intención para donar los órganos y tejidos de su cuerpo después de su fallecimiento.

La Parte 4 de este formulario le permite designar a un proveedor de atención médica supervisor que tenga la responsabilidad principal de su atención médica.

Después de completar este formulario, fírmelo y colóquele la fecha al final. Este formulario debe estar firmado ante un notario público o, de manera alternativa, dos (2) testigos que den fe y que cumplan con los criterios establecidos anteriormente sobre la línea para firma de los testigos. Proporcione una copia del formulario firmado y completo a su médico, a cualquier otro proveedor de atención médica que pudiera tener, a cualquier institución de atención médica en donde esté recibiendo cuidados, así como a cualquier otro agente de atención médica que usted haya designado. Usted debe hablar con la persona que designó como agente para asegurarse de que comprende sus deseos y está dispuesta a aceptar la responsabilidad.

Usted tiene el derecho de anular en forma total o parcial esta instrucción de atención médica anticipada en cualquier momento y de cualquier manera (con excepción de la designación de un agente), o cambiar este formulario en cualquier momento. Usted tiene el derecho de cambiar la designación de su agente en cualquier momento, pero el cambio se debe realizar de forma escrita, en un documento firmado. Debe estar legalmente competente para anular o cambiar esta instrucción de atención médica anticipada o cambiar la designación de su agente.

St. John's Medical Center no le está brindando ninguna asesoría legal al proporcionarle este formulario. Se le anima a buscar su propio asesor legal con relación a este formulario, o cualquier otra instrucción de atención médica anticipada.

## **PARTE 1 PODER LEGAL PARA ATENCIÓN MÉDICA**

(1) DESIGNACIÓN DE AGENTE: Designo a la siguiente persona como mi agente para que tome las decisiones de atención médica en mi nombre:

---

(nombre de la persona que elige como agente)

---

(dirección) (ciudad) (estado) (código postal)

---

(teléfono de casa)

(teléfono del trabajo)

OPCIONAL: Si anulo la autoridad de mi agente o mi agente no tiene la intención, no puede o razonablemente no tiene la disponibilidad para tomar una decisión de atención médica en mi nombre, designo como mi primer agente alterno a:

---

(nombre de la persona que elige como primer agente alterno)

---

(dirección) (ciudad) (estado) (código postal)

---

(teléfono de casa)

(teléfono del trabajo)

OPCIONAL: Si anulo la autoridad de mi agente y de mi primer agente alterno, o ninguno de ellos tiene la intención, no puede o razonablemente no tiene la disponibilidad para tomar una decisión de atención médica en mi nombre, designo como mi segundo agente alterno a:

---

(nombre de la persona que elige como segundo agente alterno)

---

(dirección) (ciudad) (estado) (código postal)

---

(teléfono de casa)

(teléfono del trabajo)

(2) AUTORIDAD DEL AGENTE: Mi agente está autorizado para tomar TODAS las decisiones de atención médica en mi nombre, incluyendo las decisiones para proporcionar, detener o retirar la nutrición e hidratación artificiales y todas las demás formas de atención médica para mantenerme vivo, EXCEPTO lo que indico a continuación:

(Agregue hojas adicionales, de ser necesario).

(3) CUANDO LA AUTORIDAD DEL AGENTE ENTRA EN VIGOR: La autoridad de mi agente entra en vigor cuando mi médico de atención primaria determine que carezco de la capacidad para tomar mis propias decisiones de atención médica, a menos que coloque mis iniciales en la siguiente casilla. Si recupero mi capacidad, la autoridad de mi agente ya no tendrá vigencia. Si coloco mi inicial en esta casilla [ ], la autoridad de mi agente para tomar decisiones sobre atención médica en mi nombre toma vigencia inmediatamente y permanecerá vigente hasta que yo la anule.

(4) OBLIGACIÓN DEL AGENTE: Mi agente deberá tomar decisiones de atención médica en mi nombre de acuerdo con este poder legal para atención médica, con cualquier instrucción que yo emita en la Parte 2 de este formulario y otros deseos en la medida en que éste tenga conocimiento. En la medida en que se desconozcan mis deseos; mi agente deberá tomar las decisiones de atención médica en mi nombre de acuerdo con lo que determine que sea lo mejor para mí. Al determinar lo mejor para mí, mi agente deberá considerar mis valores personales en la medida en que tenga conocimiento.

(5) NOMBRAMIENTO DE TUTOR: Si un tutor designado para mi persona debe ser nombrado para mí por parte de un tribunal, (coloque sus iniciales en una de las siguientes opciones):

[ ] Nombro al (a los) agente(s) que he denominado en este formulario en el orden designado para actuar como tutor(es).

[ ] Nombro a la siguiente persona para que sea tutor en el orden designado:

---

[ ] No nombro a ninguna persona para que sea mi tutor.

## PARTE 2

### INSTRUCCIONES PARA ATENCIÓN MÉDICA

Tache cualquier texto que no desee.

(6) **DECISIONES SOBRE ATENCIÓN MÉDICA EN CASO DE ENFERMEDAD TERMINAL:** Instruyo a mis proveedores de atención médica y a otras personas involucradas en mi atención para que proporcionen, detengan o retiren el tratamiento de acuerdo con la elección en la que he colocado mis iniciales a continuación:

Elegir no prolongar la vida

No deseo que se prolongue mi vida si:

- Tengo una condición incurable e irreversible que provocará mi muerte en un periodo de tiempo relativamente corto,
- Llego a quedar inconsciente y, de acuerdo con un nivel razonable de certeza médica, no recuperaré la conciencia, O
- los probables riesgos y agobios del tratamiento sobrepasarían los beneficios esperados

O

Elegir prolongar la vida

Deseo que mi vida se prolongue tanto tiempo como sea posible dentro de los límites de las normas de atención médica generalmente aceptadas.

(7) **NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN ARTIFICIALES:** La nutrición e hidratación artificiales se deben proporcionar, detener o retirar de acuerdo con la elección que hice en el párrafo (6), a menos que coloque mis iniciales en la siguiente casilla. Si coloco mis iniciales en esta casilla , se debe proporcionar nutrición artificial sin importar mi condición y sin importar la elección que haya hecho en el párrafo (6).

(8) **ALIVIO DEL DOLOR:** Con excepción de lo que indique en el siguiente espacio, mis instrucciones son que el tratamiento para el alivio del dolor o molestias se proporcione en todo momento: \_\_\_\_\_

---

---

---

(9) **OTROS DESEOS:** (Si usted no está de acuerdo con ninguna de las elecciones opcionales anteriores y desea redactar sus propias elecciones, o si desea agregar algo a las instrucciones que ha proporcionado anteriormente, puede hacerlo aquí). Yo instruyo que (tache aquellas que no apliquen):

Mi deseo para cuán cómodo deseo estar:

- Si muestro señales de depresión, náusea, dificultad para respirar o alucinaciones, deseo que los encargados de mi cuidado hagan lo que puedan para ayudarme.
- Deseo tener un paño húmedo frío en mi cabeza si tengo fiebre.
- Deseo que mis labios y boca se mantengan húmedos para detener la resequedad.
- Deseo tomar baños tibios con frecuencia. Deseo mantenerme fresco y limpio en todo momento.
- Deseo que se me proporcione masaje con aceites tibios con la frecuencia que se pueda.
- Deseo que se reproduzca mi música favorita cuando sea posible, hasta el momento de mi muerte.

- Deseo tener cuidado personal como afeitadas, corte de uñas, cepillado de cabello y lavado de dientes, siempre y cuando no me provoque dolor o molestia.
- Deseo que se me lean en voz alta pasajes religiosos y poemas entrañables cuando esté a punto de morir.
- Deseo saber acerca de las opciones de cuidados paliativos para proporcionar atención médica, emocional y espiritual para mí y mis seres queridos.

Mi deseo para cómo quiero que me traten las personas:

- Deseo tener personas conmigo, cuando sea posible. Deseo que alguien esté conmigo cuando parezca que la muerte llegará en cualquier momento.
- Deseo que se me tome la mano y que se me hable, cuando sea posible, incluso si no pareciera que respondo a la voz o al tacto de los demás.
- Deseo que haya personas a mi lado orando por mí, cuando sea posible.
- Deseo que se les diga a los miembros de mi comunidad de fe que estoy enfermo y pedirles que oren por mí y me visiten.
- Deseo que se me cuide con amabilidad y alegría, y que no haya tristeza.
- Deseo tener fotografías de mis seres queridos en mi habitación, cerca de mi cama.
- Si no puedo controlar las funciones de mi intestino o vejiga, deseo que mi ropa y mi ropa de cama se mantengan limpias y que se cambien tan pronto como se pueda, si se han ensuciado.
- Deseo morir en mi casa, si se puede hacer.

Mi deseo para lo que quiero que mis seres queridos sepan:

- Deseo que mi familia y amigos sepan que los amo.
- Deseo que se me perdone por las ocasiones en que lastimé a mi familia, amigos y a otras personas.
- Deseo que mi familia, amigos y otras personas sepan que les perdono las ocasiones en que pudieran haberme lastimado durante mi vida.
- Deseo que mi familia y amigos sepan que no le temo a la muerte. Creo que este no es el fin, sino un nuevo inicio para mí.
- Deseo que todos mis familiares hagan las paces entre ellos antes de mi muerte, si pueden.
- Deseo que mi familia y amigos piensen en cómo era yo antes de enfermarme seriamente. Deseo que me recuerden en esta forma antes de mi muerte.
- Deseo que mi familia, amigos y encargados de mi cuidado respeten mis deseos, incluso si no están de acuerdo con ellos.
- Deseo que mi familia y amigos vean mi fallecimiento como un momento de crecimiento personal para todos, incluyéndome. Esto me ayudará a vivir una vida con sentido en mis días finales.
- Deseo que mi familia y amigos reciban ayuda, si tiene problemas por mi muerte. Quiero que el recuerdo de mi vida les dé gozo y no aflicción.
- Después de mi muerte, quisiera que mi cuerpo fuera (encierre una opción en un círculo): sepultado o cremado.
- Mi cuerpo o restos se deben poner en el siguiente lugar: \_\_\_\_\_ .
- La siguiente persona conoce mis deseos sobre el funeral: \_\_\_\_\_ .

Si alguien pregunta cómo deseo que se me recuerde, se le debe indicar lo siguiente sobre mí:

---



---



---



---

Si habrán honras fúnebres para mí, deseo que este servicio incluya lo siguiente (detalle la música, canciones, lecturas u otras solicitudes especiales que tenga):

---

---

---

---

---

---

---

---

(Agregue hojas adicionales, de ser necesario).

### **PARTE 3**

## **DONACIÓN DE ÓRGANOS AL MOMENTO DE FALLECER**

(OPCIONAL)

(10) Cuando muera (coloque sus iniciales en la casilla que aplique):

- Entrego mi cuerpo, o
- Entrego cualquier órgano, tejido o parte necesarios, o
- Entrego solamente los siguientes órganos, tejidos o partes:

---

Mi regalo es para los siguientes propósitos (tache cualquiera de las siguientes opciones que no desee):

- Cualquier propósito autorizado por la ley
- Trasplantes
- Terapia
- Investigación
- Educación médica

### **PARTE 4**

## **NOMBRAMIENTO DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA SUPERVISOR**

Nombro al siguiente médico como mi médico de atención primaria:

---

(nombre del médico)

---

(dirección) (ciudad) (estado) (código postal)

---

(teléfono)

Si el médico que he nombrado anteriormente no tiene la intención, no puede o razonablemente no tiene la disponibilidad para actuar como mi médico de atención primaria, designo como mi médico de atención primaria a:

---

(nombre del médico)

---

(dirección) (ciudad) (estado) (código postal)

---

(teléfono)

(12) VALOR DE LA COPIA: Una copia de este formulario tiene el mismo valor que el original.

(13) FIRMAS: Firme el formulario y coloque la fecha aquí:

---

(firme con su nombre)

---

(fecha)

---

(escriba su nombre en letra de molde)

---

(dirección, ciudad, estado)

FIRMAS DE LOS TESTIGOS (dos testigos O un notario público deben firmar este documento):

Primer testigo (no puede ser su proveedor de atención médica de cabecera o el empleado del proveedor, el apoderado nombrado en la Parte 1, ni el operador o empleado de un centro de atención residencial o comunitario en donde usted reciba atención):

Declaro bajo pena de perjurio que tengo el conocimiento que la persona que firmó o aceptó este documento es la principal, y la persona principal firmó o aceptó este documento en mi presencia.

---

(nombre en letra de molde)

---

---

(dirección)

---

(firma del testigo)

---

(fecha)

Segundo testigo (no puede ser su proveedor de atención médica de cabecera o el empleado del proveedor, el apoderado nombrado en la Parte 1, ni el operador o empleado de un centro de atención residencial o comunitario en donde usted reciba atención):

Declaro bajo pena de perjurio que tengo el conocimiento que la persona que firmó o aceptó este documento es la principal, y la persona principal firmó o aceptó este documento en mi presencia.

---

(nombre en letra de molde)

---

(dirección)

---

(firma del testigo)

---

(fecha)

Firma del notario público en lugar de los testigos (2 testigos O un notario público deben firmar este documento):

---

(nombre en letra de molde)

---

(dirección)

---

(firma del notario)

---

(fecha)



