

DIRECTIVA MÉDICA POR ADELANTADO

Si llega el momento en que estoy incapacitado/a hasta el punto de no poder participar de manera activa en las decisiones de mi propia vida, y no puedo dirigir a mi médico en cuanto a mi propia atención médica, deseo que esta declaración se mantenga como una declaración de mis deseos.

La mayor parte de lo que declaro aquí es de carácter general ya que no puedo prever todas las circunstancias posibles de una enfermedad futura. Quiero que quienes tomen decisiones sobre mi cuidado y en mi nombre eviten cualquier cosa que pretenda o cause directamente mi muerte por acción u omisión.

Yo, _____, el/la autor/a de este documento, ordeno que no se me niegue ni se me proporcione nada por lo que la muerte se pretenda como fin o se elija como medio. Se puede renunciar a los tratamientos médicos o retirarlos si no ofrecen una esperanza razonable de beneficio para mí o si suponen cargas excesivas o imponen gastos excesivos a mi familia. Debería haber una presunción a favor de proporcionarme nutrición e hidratación, incluyendo la nutrición e hidratación asistidas médicamente, siempre que sean un beneficio para mí. No me opongo al uso de medicamentos o procedimientos necesarios para mi comodidad, aunque puedan acortar mi vida de manera indirecta e involuntaria.

Por la presente, añado las siguientes disposiciones especiales relacionadas con mi atención médica futura (por ejemplo: “Me gustaría que mis tejidos y órganos se utilizaran para investigación o trasplantes luego de mi muerte”, “Me gustaría que se tomaran todas las medidas razonables para permitirme ver a mi familia”, “Si es posible, me gustaría morir en casa, o al menos en un centro de cuidados de hospicio que tenga la apariencia de un hogar”).

Esta directiva se hizo, tras una reflexión cuidadosa, mientras me encuentro en mi sano juicio.

Fecha: _____ Firma _____

DECLARACIONES DE TESTIGOS

Este documento fue firmado en nuestra presencia por _____, el/la autor/a de este documento, que parecía tener dieciocho años o más, estar en su sano juicio y ser capaz de comprender la naturaleza y las consecuencias de las decisiones sobre la atención médica en el momento en que se firmó este documento. El/la autor/a no parecía estar bajo ninguna influencia indebida.

(Firma de testigo)

(Firma de testigo)

(Dirección de testigo)

(Dirección de testigo)

NOMBRAMIENTO DE REPRESENTANTE PARA CUIDADOS MÉDICOS

Entiendo que, como adulto competente, tengo derecho a tomar decisiones sobre mi atención médica. Puede llegar un momento en que no pueda, por incapacidad, tomar mis propias decisiones sobre mi atención médica. En estas circunstancias, quienes me cuiden necesitarán orientación y se dirigirán a alguien que sepa sobre mis valores y mis deseos en materia de atención médica. Al firmar este nombramiento de representante para cuidados médicos, nombro a un representante para cuidados médicos con autoridad legal para tomar decisiones médicas en mi nombre en tales casos o en ese momento.

Nombro a _____ para que sea mi representante para cuidados médicos. Si el médico que me atiende determina que soy incapaz de comprender y apreciar la naturaleza y las consecuencias de las decisiones médicas y de tomar y comunicar una decisión informada sobre el tratamiento, mi representante para cuidados médicos está autorizado a (1) aceptar o rechazar cualquier tratamiento, servicio o procedimiento utilizado para diagnosticar o tratar mi estado físico o mental, salvo que la ley disponga lo contrario, tal como en el caso de la psicocirugía o la terapia de choque, y (2) tomar la decisión de proporcionar, retener o retirar los sistemas de respiración asistida. Ordeno a mi representante para cuidados médicos que tome decisiones en mi nombre de acuerdo con mis deseos. En caso de que mis deseos no sean claros o de que surja una situación que no haya previsto, mi representante para cuidados médicos puede tomar la decisión más conveniente a mis intereses, basándose en lo que se conoce sobre mis deseos, que incluyen los siguientes: No quiero que se me proporcione ni se me niegue nada por lo que se pretenda la muerte como fin o se elija como medio. Quiero todos los cuidados y tratamientos que ofrezcan una esperanza razonable de beneficio para mí, siempre que no supongan una carga excesiva para mí ni impongan un gasto excesivo a mi familia. Habrá una presunción a favor de proporcionarme nutrición e hidratación, incluyendo la nutrición e hidratación asistidas médicamente, siempre que sean un beneficio para mí. No me opongo al uso de medicamentos o procedimientos necesarios para mi comodidad, aunque puedan acortar mi vida de manera indirecta e involuntaria.

Si _____ no quiere o no puede ser mi representante para cuidados médicos, nombro a _____ como mi representante alternativo/a para cuidados médicos.

Esta petición se hace, tras una reflexión cuidadosa, mientras me encuentro en mi sano juicio.

Fecha: _____ Firma: _____

DECLARACIONES DE TESTIGOS

Este documento fue firmado en nuestra presencia por _____, el/ la autor/a de este documento, que parecía tener dieciocho años o más, estar en su sano juicio y ser capaz de comprender la naturaleza y las consecuencias de las decisiones sobre la atención médica en el momento en que se firmó el documento. El/la autor/a no parecía estar bajo ninguna influencia indebida.

(Firma de testigo)

(Firma de testigo)

(Dirección de testigo)

(Dirección de testigo)