

DIRECTIVA PARA LOS MÉDICOS Y PARA FAMILIARES O SUBSTITUTOS

Yo, _____, reconozco que la mejor atención médica se basa en una relación de confianza y comunicación con mi médico. Juntos, mi médico y yo tomaremos las decisiones médicas mientras yo esté en condiciones mentales de hacer conocer mis deseos. Si en algún momento yo no estoy en capacidad de tomar decisiones médicas respecto a mi salud debido a una enfermedad o lesión, ordenó que se respeten las siguientes preferencias respecto al tratamiento:

Si, a juicio de mi doctor, estoy padeciendo de una enfermedad terminal de la cual se espera moriré dentro de seis meses, incluso con tratamientos disponibles para prolongar la vida, suministrado de acuerdo con las normas actuales de atención médica:

Yo pido que no me den o que me retiren todo tratamiento salvo aquellos necesarios para mantenerme cómodo, y que mi doctor me deje morir tan dignamente como sea posible; O

Yo pido que me mantengan con vida en esta condición terminal usando los tratamientos disponibles para prolongar la vida (ESTA PREFERENCIA NO SE APLICA AL CUIDADO DE HOSPICIO)

Si, a juicio de mi doctor, estoy sufriendo de un padecimiento irreversible, que no permitirá que me atienda yo mismo ni que tome decisiones por mí mismo y se espera que moriré si no me suministran tratamientos para prolongar la vida de acuerdo con las normas actuales de atención médica:

Yo pido que no me den o que me retiren todo tratamiento salvo aquellos necesarios para mantenerme cómodo, y que mi doctor me dejé morir tan dignamente como sea posible; O

Yo pido que me mantengan con vida en esta condición irreversible usando tratamientos disponibles para prolongar la vida. (ESTA PREFERENCIA NO SE APLICA AL CUIDADO DE HOSPICIO).

Peticiones adicionales: (Después de consultar con su doctor y/o su familia, usted querrá escribir algunos tratamientos en el espacio disponible que usted quiera o no quiera si tiene una enfermedad terminal o un padecimiento irreversible y puede comunicar no más sus deseos. Escriba sus iniciales en seguida de las declaraciones que concuerdan con lo que usted desearía. Si usted no escribe sus iniciales en seguida de las declaraciones, usted dejará estas decisiones bajo su poder médico. Usted podrá hacer peticiones adicionales al final de este documento.) Solamente las declaraciones que tengan mis iniciales serán aprobadas e indican mis deseos. Las declaraciones de esta sección invalidan a otras declaraciones hechas antes de esta sección.

Si tengo una enfermedad terminal o un padecimiento irreversible y puedo comunicar no más mis deseos, entonces:

Yo pido que si mi corazón deja de latir y mis pulmones dejan de respirar favor de no realizar ningún esfuerzo para resucitarme O

Yo pido que si mi corazón deja de latir y mis pulmones dejan de respirar que se realicen todo los esfuerzos posibles para resucitarme.

Yo pido que si es clínicamente adecuado y ofrecido por mi médico, se retenga o remueva la nutrición artificial e hidratación O

Yo pido que si es clínicamente adecuado y ofrecido por mi médico, siempre se suministre la nutrición artificial e hidratación necesaria.

Yo pido que si es clínicamente adecuado y ofrecido por mi médico, se retenga o remueva la administración de antibióticos por vía intravenosa O

Yo pido que si es clínicamente adecuado y ofrecido por mi médico, se suministren antibióticos por vía intravenosa.

Yo pido que si es clínicamente adecuado y ofrecido por mi médico, se retenga o remueva la diálisis O

Yo pido que si es clínicamente adecuado y ofrecido por mi médico, se realice la diálisis.

Yo pido que si es clínicamente adecuado y ofrecido por mi médico, se retenga o remueva la sangre y cualquier producto derivado de la sangre O

Yo pido que si es clínicamente adecuado y ofrecido por mi médico, se suministre sangre y cualquier producto derivado de la sangre.

Yo pido que si es clínicamente adecuado y ofrecido por mi médico, se retenga o remueva cualquier apoyo para el sistema respiratorio O

Yo pido que si es clínicamente adecuado y ofrecido por mi médico, se suministre cualquier apoyo para el sistema respiratorio

Si existe un experimento clínico del cual yo me podría beneficiar, yo le doy permiso a la persona que hace mis decisiones a consentir para que yo participe O

Si existe un experimento clínico del cual yo no me podría beneficiar, yo le doy permiso a la persona que hace mis decisiones a consentir para que yo participe.

Yo pido que si es clínicamente adecuado y ofrecido por mi médico, no se realice ninguna cirugía para prolongar mi vida (a diferencia de los cuidados paliativos o los cuidados para mantener la comodidad del paciente) O

Yo pido que si es clínicamente adecuado y ofrecido por mi médico, se realice cualquier cirugía para prolongar mi vida (a diferencia de los cuidados paliativos o los cuidados para mantener la comodidad del paciente).

La calidad de vida es más importante para mí que la cantidad de vida O

La cantidad de vida es más importante para mí que la calidad de vida.

Yo deseo estar libre de dolor aún si esto acorta mi vida.

Otro peticiones: _____

Después de firmar esta directiva, si mi representante o si yo elijo cuidado de hospicio, yo entiendo y estoy de acuerdo a que me brinden solamente aquellos tratamientos necesarios para mantenerme cómodo y no se realicen tratamientos para prolongar mi vida.

Si yo no he designado a una directive médica (poder médico), yo entiendo que se elegirá a un vocero siguiendo los estándares delineados en las leyes de Texas.

Sí, a juicio de mi doctor, mi muerte es inminente dentro de minutos u horas, a pesar de que me den todo tratamiento médico disponible dentro de las pautas de atención actuales, autorizo que no me den o que me retiren todo tratamiento salvo aquellos necesarios para mantenerme cómodo. (solamente se aplica si el paciente escribe sus iniciales enseguida de esta declaración) O

Sí, a juicio de mi doctor, mi muerte es inminente dentro de minutos u horas, a pesar de que me den todo tratamiento médico disponible dentro de las pautas de atención actuales, todavía deseo que se realicen todos los esfuerzos para prolongar mi vida (solamente se aplica si el paciente escribe sus iniciales enseguida de esta declaración).

Comprendo que bajo la ley de Texas esta directiva no tiene efecto si se ha diagnosticado que estoy embarazada. Esta directive seguirá en efecto hasta que yo la revoque. Nadie más puede hacerlo.

Firmado _____ Fecha _____

Ciudad, Condado, Estado de Residencia _____

Dos testigos adultos hábiles tienen que firmar a continuación, reconociendo la firma del declarante. El testigo designado Testigo 1 no puede ser una de las personas designadas para tomar decisiones relacionadas con el tratamiento para el paciente y no puede estar relacionado con el declarante por sangre o por matrimonio. Éste testigo no puede tener derecho a ninguna parte de la sucesión y no puede tener un reclamo en contra de la sucesión del paciente. Este testigo no puede ser el médico que lo atiende ni un empleado del médico que lo atiende. Si el testigo es empleado del centro de salud en el cual se cuida al paciente, este testigo no puede estar directamente involucrado en el suministro de atención al paciente. Este testigo no puede ser funcionario, director, socio o empleado de la oficina del centro de atención médica donde se atiende al paciente o de ninguna organización matriz del centro de atención médica.

TESTIGO 1: _____
Nombre impreso _____ Firma _____

TESTIGO 2: _____
Nombre impreso _____ Firma _____