



INSTRUCCIONES ANTICIPADAS SU ELECCIÓN, SU VOZ

Una guía para ayudarlo a tomar el control de su atención médica en el futuro.
Incluye testamento en vida y poder notarial para atención médica.

CONOZCA SUS OPCIONES.
COMPARTA SUS DESEOS.

MANTENGA EL CONTROL.
OBTENGA TRANQUILIDAD
Y ASEGÚRESE DE QUE SE RESPETEN SUS DESEOS.

Aviso sobre no discriminación: Fox Chase Cancer Center no excluye la participación en la prestación de servicios de atención médica de calidad, ni niega a ninguna persona los beneficios a ella asociados, sobre la base de factores como raza, creencias religiosas, sexo, orientación sexual, identidad de género, discapacidad, edad, ascendencia, color de piel, origen nacional, habilidad física o fuente de pago.

Temple Health hace referencia a las actividades de salud, educación e investigación que llevan a cabo las filiales de Temple University Health System (TUHS) y la Lewis Katz School of Medicine de Temple University. TUHS no brinda ni controla el suministro de atención médica. Toda la atención médica es suministrada por organizaciones miembro de TUHS o profesionales médicos independientes afiliados a las organizaciones miembro de TUHS. Cada organización miembro de TUHS pertenece y es operada conforme a sus documentos rectores.

INSTRUCCIONES Y FORMULARIOS

Estos formularios lo ayudarán a decidir cómo dirigir su cuidado médico en caso de que no pueda hablar por sí mismo.

Si bien es difícil pensar qué podría suceder con su salud en el futuro, estos formularios le ofrecen opciones que posiblemente desee considerar.

Tómese un tiempo para leer este folleto y completar los formularios. Recuerde hacer preguntas y hablar sobre estas opciones con su familia, sus amigos cercanos y sus médicos. Usted guardará el original y nosotros guardaremos una copia en su expediente médico.

Para acceder a una versión electrónica, visite: FoxChase.org/anticipadas

DEFINICIONES

PODER NOTARIAL PARA ATENCIÓN MÉDICA

El poder notarial para atención médica le permite elegir a una persona que tomará las decisiones médicas por usted en caso de que usted no pueda hacerlo. La persona que elige se llama su Apoderado. También puede elegir un segundo Apoderado en caso de que la primera persona que eligió no se encuentre disponible.

Cualquier persona puede presentar una incapacidad, incluso de forma temporal, en cualquier momento. Si lo hospitalizan y usted no es capaz de hablar por sí mismo, sus proveedores de atención médica le pedirán ayuda a sus familiares o amigos más cercanos para decidir cómo proceder con su tratamiento. Algunas veces, los seres queridos no se ponen de acuerdo sobre la atención médica para uno de sus familiares. Por esta razón es que las instrucciones anticipadas son importantes: le permiten expresar sus decisiones sobre la atención médica cuando usted no puede hacerlo. Al designar a una persona de confianza como su Apoderado para la atención médica, usted se asegura de contar con una persona de su preferencia disponible para hablar por usted. Esta persona conoce sus deseos si usted no puede expresarlos por sí mismo. Su capacidad de hablar a través de un poder notarial para atención médica es tan importante para su equipo de atención médica como lo es para usted.

TESTAMENTO EN VIDA

Este formulario le permite expresar cuáles son sus deseos con respecto a su atención médica en caso de que no pueda comunicarse. **Este formulario entra en vigencia si tiene una enfermedad terminal, se encuentra inconsciente de forma permanente (en coma) o en estado vegetativo persistente. La ley dice que su médico debe respetar sus deseos.**

INSTRUCCIONES PARA MI APODERADO (OPCIONAL)

Estas instrucciones son una manera para comunicarle a su Apoderado sus deseos, para que los cumpla. Estas instrucciones no son legalmente obligatorias (requeridas por la ley), pero le ayudan a su Apoderado a tener una idea de sus preferencias en caso de que ya no pueda comunicarse por sí mismo. No podemos planificar por cada cambio relacionado con su salud.

PODER NOTARIAL PARA ATENCIÓN MÉDICA

Poder notarial para atención médica de (nombre del paciente) _____ Fecha _____

1. DESIGNACIÓN DE APODERADO

Entiendo que tengo derecho a tomar mis propias decisiones a fin de aceptar o rechazar tratamientos de atención médica. En caso de ser incapaz de tomar una decisión con respecto al tratamiento, designo como mi Apoderado para las decisiones de atención médica a:

Nombre del Apoderado (en imprenta) _____

(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

(Correo electrónico) (Teléfono) (Parentesco)

2. APODERADO SUSTITUTO (OPCIONAL)

En caso de que no sea posible contactarse con el apoderado, o si el apoderado no está dispuesto o no es capaz de tomar decisiones, designo a la siguiente persona como mi apoderado sustituto:

Nombre del Apoderado sustituto (en imprenta) _____

(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

(Correo electrónico) (Teléfono) (Parentesco)

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del testigo _____ Fecha _____

Firma del testigo _____ Fecha _____

Le recomendamos hacer una copia para usted, su familia, su apoderado y su equipo de atención médica.

INSTRUCCIONES PARA MI APODERADO (OPCIONAL)

MIS VALORES MÁS IMPORTANTES

Cuando se trata de mi salud y mi atención médica, lo más importante para mí es: *(Marque todas las opciones que desee.)*

Vivir el mayor tiempo posible, incluso con una disminución o pérdida de mi capacidad funcional. *(Puede dar más detalles.)*

Poder comunicarme con otras personas. *(Puede dar más detalles.)*

Mantener mis síntomas controlados, incluso si no vivo tanto tiempo. *(Puede dar más detalles.)*

Si su salud empeora, ¿cuáles son sus metas más importantes? *(Por favor explique.)*

¿En qué consiste para usted una calidad de vida aceptable? *(Por favor explique.)*

Si su enfermedad se agrava, ¿a cuánto está dispuesto a someterse en pos de la posibilidad de ganar un poco más de tiempo de vida? *(Por favor explique.)*

Otra. *(Por favor explique.)*

TESTAMENTO EN VIDA: SUS DESEOS EN MATERIA DE ATENCIÓN MÉDICA

Yo, (nombre del paciente en imprenta) _____ (Fecha de nacimiento) _____ ,
en pleno uso de mis facultades mentales, hago esta declaración intencional y voluntariamente para que se cumpla en caso de
no poder tomar más decisiones por mi cuenta.

Ordeno a mi médico y equipo de atención médica suspender o retirar el tratamiento de soporte vital que solo sirve para
prolongar el proceso de mi muerte **en caso de que me encuentre inconsciente de forma permanente (en coma) o tenga una
enfermedad terminal.**

Ordeno que el tratamiento se limite a esfuerzos para mantenerme cómodo y aliviar el dolor, lo que incluye el dolor que pueda
presentarse por suspender o retirar el tratamiento de soporte vital.

Además, en caso de encontrarme en el estado arriba descrito, deseo enfáticamente las siguientes formas de tratamiento:
(Marque sus preferencias a continuación).

- | | | |
|--------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Deseo | <input type="checkbox"/> No deseo recibir | reanimación cardíaca (CPR). |
| <input type="checkbox"/> Deseo | <input type="checkbox"/> No deseo | que me conecten a un respirador (máquina para respirar). |
| <input type="checkbox"/> Deseo | <input type="checkbox"/> No deseo | una sonda de alimentación ni ninguna otra forma artificial o invasiva de hidratación (agua).
Esto incluye una sonda de alimentación colocada en el estómago. |
| <input type="checkbox"/> Deseo | <input type="checkbox"/> No deseo | recibir sangre o productos hemoderivados. |
| <input type="checkbox"/> Deseo | <input type="checkbox"/> No deseo | diálisis renal. |
| <input type="checkbox"/> Deseo | <input type="checkbox"/> No deseo | extracciones de sangre o pinchazos con agujas. |
| <input type="checkbox"/> Deseo | <input type="checkbox"/> No deseo | cirugías o pruebas de diagnóstico invasivas. |

Realizo esta declaración el día (Fecha) _____

Firma (Nombre del paciente) _____

**Manifiesto que el declarante firmó este documento a sabiendas y de manera voluntaria colocando su firma o marca
en mi presencia.**

Firma del testigo _____

(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Firma del testigo _____

(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

FoxChase.org

888-FOX-CHASE (888-369-2427)

333 Cottman Avenue, Philadelphia, PA 19111-2497

