

# DIRECTIVA ANTICIPADA (ESTADO DE OREGÓN)

Este formulario se puede usar en Oregón para elegir a una persona que tome las decisiones de atención médica en su nombre si usted está demasiado enfermo como para hablar por sí mismo. La persona se llama representante de atención médica. Si no ha designado a un representante de atención médica y está demasiado enfermo como para hablar por sí mismo, se nombrará un representante de atención médica para usted siguiendo el orden de prioridad establecido en ORS 127.635(2).

Este formulario también le permite expresar sus valores y creencias con respecto a las decisiones de atención médica y sus preferencias de atención médica.

- Si usted completó una directiva anticipada en el pasado, esta nueva directiva anticipada reemplazará toda directiva anterior.
- Usted debe firmar este formulario para que entre en efecto. También debe hacer validar su firma por dos testigos o un notario. Su designación de un representante de atención médica no entra en efecto hasta que el representante de atención médica acepte la designación.
- Si su directiva anticipada incluye instrucciones sobre el retiro del soporte vital o de la alimentación por sonda, usted puede revocar su directiva anticipada en cualquier momento y hacerlo de cualquier manera que exprese su deseo de revocarla.
- En todos los demás casos, usted puede revocar su directiva anticipada en cualquier momento y de cualquier manera siempre que sea capaz de tomar decisiones médicas.

## 1. MI INFORMACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Números de teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## 2. MI REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Elijo a la siguiente persona como mi representante de atención médica para que tome decisiones de atención médica por mí si yo no puedo hacerlo por mi cuenta.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Números de teléfono: (Hogar) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Elijo a las siguientes personas como representantes de atención médica alternativos si mi primer representante no está disponible para tomar decisiones de atención médica por mí o si cancelo la designación de mi primer representante de atención médica.

Primer representante de atención médica alternativo:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Números de teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Segundo representante de atención médica alternativo:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Números de teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### **3. INSTRUCCIONES PARA MI REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA**

Si desea dar instrucciones a su representante de atención médica sobre sus decisiones de atención médica, ponga sus iniciales en una de las tres opciones siguientes:

\_\_\_\_\_ En la medida en que sea apropiado, mi representante de atención médica debe seguir mis instrucciones.

\_\_\_\_\_ Mis instrucciones son pautas que mi representante de atención médica debe tener en cuenta al tomar decisiones sobre mi atención.

\_\_\_\_\_ Otras instrucciones: \_\_\_\_\_

### **4. INSTRUCCIONES PARA MI ATENCIÓN MÉDICA AL FINAL DE LA VIDA**

Al completar estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- El término "que recomiende mi proveedor de atención médica" significa que usted desea que su proveedor de atención médica use soporte vital si su proveedor de atención médica cree que podría ser útil, y que usted desea que su proveedor de atención médica suspenda el soporte vital si su proveedor de atención médica cree que no está ayudando a mejorar su estado de salud o sus síntomas.
- El término "soporte vital" significa cualquier tratamiento médico que mantenga la vida mediante el

mantenimiento, la restauración o el reemplazo de una función vital.

- El término "alimentación por sonda" significa y agua alimentos administrados artificialmente.
- Si usted rechaza la alimentación por sonda, debe comprender que probablemente sufrirá desnutrición, deshidratación y muerte.
- Usted recibirá atención para mantenerse cómodo y limpio, cualquiera sea su decisión.

A. **Declaración sobre la atención al final de la vida.** Puede poner sus iniciales si está de acuerdo con lo siguiente. Si pone sus iniciales y lo desea puede indicar una o más condiciones para las cuales no desea recibir soporte vital.

\_\_\_\_\_ No quiero que se prolongue mi vida con soporte vital. Tampoco quiero recibir alimentación por sonda como soporte vital. Quiero que mi proveedor de atención médica me permita morir naturalmente si mi proveedor de atención médica y otro proveedor de atención médica experto confirman que tengo cualquiera de los siguientes problemas de salud.

B. **Instrucciones adicionales sobre la atención al final de la vida.** Estos son mis deseos de atención médica si mi proveedor de atención médica y otro proveedor de atención médica con conocimiento confirman que estoy en una de las siguientes condiciones médicas:

a. **Cerca de la muerte.** Si estoy cerca de la muerte y el soporte vital solo pospondría el momento de mi muerte:

MARQUE UNA RESPUESTA:

- \_\_\_\_\_ Quiero recibir alimentación por sonda.
- \_\_\_\_\_ Quiero recibir solamente la alimentación por sonda que recomiende mi proveedor de atención médica.
- \_\_\_\_\_ NO QUIERO recibir alimentación por sonda.

MARQUE UNA RESPUESTA:

- \_\_\_\_\_ Quiero recibir cualquier otro soporte vital que se pueda usar.
- \_\_\_\_\_ Quiero recibir solamente el soporte vital que recomiende mi proveedor de atención médica.
- \_\_\_\_\_ NO QUIERO recibir soporte vital.

b. **Permanentemente inconsciente.** Si estoy inconsciente y es muy poco probable que vuelva en mí:

MARQUE UNA RESPUESTA:

- \_\_\_\_\_ Quiero recibir alimentación por sonda.
- \_\_\_\_\_ Quiero recibir solamente la alimentación por sonda que recomiende mi proveedor de atención médica.
- \_\_\_\_\_ NO QUIERO recibir alimentación por sonda.

MARQUE UNA RESPUESTA:

- \_\_\_\_\_ Quiero recibir cualquier otro soporte vital que se pueda usar.
- \_\_\_\_\_ Quiero recibir solamente el soporte vital que recomiende mi proveedor de atención médica.
- \_\_\_\_\_ NO QUIERO recibir soporte vital.

c. Enfermedad progresiva avanzada. Si tengo una enfermedad progresiva que será fatal y está en una etapa avanzada, y soy incapaz de comunicarme de manera constante y permanente por cualquier medio, tragar alimentos y agua de manera segura, cuidarme y reconocer a mi familia y a otras personas, y es muy poco probable que mi condición mejore sustancialmente:

MARQUE UNA RESPUESTA:

- Quiero recibir alimentación por sonda.
- Quiero recibir solamente la alimentación que recomiende mi proveedor de atención médica.
- NO QUIERO recibir alimentación por sonda.

MARQUE UNA RESPUESTA:

- Quiero recibir cualquier otro soporte vital que se pueda usar.
- Quiero recibir solamente el soporte vital que recomiende mi proveedor de atención médica.
- NO QUIERO recibir soporte vital.

d. Sufrimiento extraordinario. Si el soporte vital no mejoraría mi afección médica y me haría sufrir un dolor intenso y permanente:

MARQUE UNA RESPUESTA:

- Quiero recibir alimentación por sonda.
- Quiero recibir solamente la alimentación por sonda que recomiende mi proveedor de atención médica.
- NO QUIERO recibir alimentación por sonda.

MARQUE UNA RESPUESTA:

- Quiero recibir cualquier otro soporte vital que se pueda usar.
- Quiero recibir solamente el soporte vital que recomiende mi proveedor de atención médica.
- NO QUIERO recibir soporte vital.

C. Instrucciones adicionales. Puede adjuntar a este documento cualquier escrito o grabación de sus valores y creencias relacionados con las decisiones de atención médica. Estos archivos adjuntos servirán de pautas para los proveedores de atención médica. Los archivos adjuntos pueden incluir una descripción de lo que le gustaría que suceda si está cerca de la muerte, si está permanentemente inconsciente, si tiene una enfermedad progresiva avanzada o si sufre dolor permanente y severo.

## 5. MI FIRMA

Mi firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## 6. TESTIGO

CUANDO FIRME, LLENE LA SECCIÓN A o B

A. NOTARIO:

Estado de \_\_\_\_\_

Condado de \_\_\_\_\_

Firmado o certificado ante mí el \_\_\_\_\_ de 2 \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Notario Público - Estado de Oregón

B. DECLARACIÓN DE TESTIGOS:

La persona que llena este formulario presentó prueba de identidad o es alguien a quien conozco personalmente, firmó o reconoció la firma de la persona en el documento en mi presencia y parece no estar bajo coacción y entender el propósito y el efecto de este formulario. Además, yo no soy el representante de atención médica ni el representante de atención médica alternativo de la persona, y no soy el proveedor de atención médica que atiende a la persona.

Nombre del testigo (en letra de molde): \_\_\_\_\_

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

Nombre del testigo (en letra de molde): \_\_\_\_\_

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

## 7. ACEPTACIÓN DE MI REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Acepto esta designación y me comprometo a servir como representante de atención médica.

Representante de atención médica:

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Firma u otra verificación de aceptación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Primer representante de atención médica alternativo:

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Firma u otra verificación de aceptación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Segundo representante de atención médica alternativo:

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Firma u otra verificación de aceptación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_