

DIRECTIVA DEL CUIDADO DE LA SALUD (TESTAMENTO DE VIDA)

Health Care Directive (Living Will)

Yo, _____, quiero que todas las personas que me cuidan tengan conocimiento del cuidado de la salud que quiero recibir cuando ya no pueda comunicar a los demás mi voluntad.

I, _____, want everyone who cares for me to know what health care I want, when I cannot let others know what I want.

SECCIÓN (SECTION) 1:

Quiero que mi médico intente tratamientos para tratar de restaurar una calidad de vida aceptable. Sin embargo, si mi calidad de vida se vuelve inaceptable y mi condición no mejorará (es irreversible), ordeno que se retiren todos los tratamientos para prolongar mi vida.

I want my doctor to try treatments that may get me back to an acceptable quality of life. However, if my quality of life becomes unacceptable to me and my condition will not improve (is irreversible), I direct that all treatments that extend my life be withdrawn.

Una calidad de vida inaceptable para mí significa (marque todo lo que sea aplicable)

A quality of life that is unacceptable to me means (check all that apply):

Pérdida del conocimiento (caer en coma crónico o estado vegetativo persistente) Unconscious (chronic coma or persistent vegetative state)

Imposibilidad de comunicar mis necesidades Unable to communicate my needs

Imposibilidad de reconocer a mi familia o amistades Unable to recognize family or friends

Dependencia total o casi total de los demás para el cuidado Total or near total dependence on others for care

Otro Other: _____

Marque uno solamente (Check only one):

Aunque mi calidad de vida sea como la que se describe arriba, aún quiero recibir tratamiento con comida y agua por sonda o vía intravenosa (IV). Even if I have the quality of life described above, I still wish to be treated with food and water by tube or intravenously (IV).

Si mi calidad de vida es como se describe arriba, NO quiero recibir tratamiento con comida y agua por sonda o vía intravenosa (IV). If I have the quality of life described above, I do NOT wish to be treated with food and water by tube or intravenously (IV).

SECCIÓN (SECTION) 2: (Puede dejar esta sección en blanco.) (You may leave this section blank.)

Algunas personas no quieren ciertos tratamientos bajo ninguna circunstancia, aunque se lleguen a recuperar.

Some people do not want certain treatments under any circumstance, even if they might recover.

Marque los tratamientos de abajo que usted no quiere recibir bajo ninguna circunstancia:

Check the treatments below that you do not want under any circumstances:

Resucitación Cardiopulmonar (RCP) Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)

Ventilación (máquina para respirar) Ventilation (breathing machine)

Sonda para recibir alimentación Feeding tube

Diálisis Dialysis

Otro Other: _____

SECCIÓN (SECTION) 3:

Cuando esté próximo a morir, para mí es importante que When I am near death, it is important to me that: _____

(Como cuidado de hospice, lugar de muerte, arreglos funerarios, cremación o preferencias de entierro.)

(Such as hospice care, place of death, funeral arrangements, cremation or burial preferences.)

ASEGÚRESE DE FIRMAR EL REVERSO DE ESTA FORMA

BE SURE TO SIGN THE REVERSE SIDE OF THIS FORM

Si solamente quiere un Poder (Médico) del Cuidado de la Salud, trace una X grande en esta hoja.

If you only want a Health Care (Medical) Power of Attorney, draw a large X through this page.

- Platique del contenido de esta forma con la persona que ha elegido para tomar decisiones por usted, con su médico/s, familia y amistades. Proporcione a cada uno de ellos una copia de esta forma.
Talk about this form with the person you have chosen to make decisions for you, your doctors, your family and friends. Give each of them a copy of this form.
- Lleve una copia de esto con usted cada vez que vaya al hospital o de viaje.
Take a copy of this with you whenever you go to the hospital or on a trip.
- Debe revisar esta forma con frecuencia. You should review this form often.
- Puede cancelar o cambiar esta forma en cualquier momento. You can cancel or change this form at any time..

Para más información comuníquese al programa Decisiones del Cuidado de la Salud, 602.222.2229 ó www.hcdecisions.org

For more information contact Health Care Decisions, 602.222.2229 or www.hcdecisions.org