

Plan anticipado de atención

Tennessee

Yo, _____, por medio del presente documento proporciono instrucciones anticipadas sobre el tratamiento que deseo recibir de mis médicos y demás proveedores de atención a la salud cuando ya no pueda tomar dichas decisiones de tratamiento yo mismo.

← Escriba aquí su nombre completo con letra de molde o de máquina.

Representante

Deseo que la siguiente persona tome decisiones de atención médica en mi nombre. Esto incluye cualquier decisión de atención a la salud que yo pudiera haber tomado si estuviera en capacidad de hacerlo, con la condición de que mi representante siga las instrucciones que doy a continuación.

Nombre: _____

Número de teléfono: _____ Parentesco: _____

Domicilio: _____

Usted puede nombrar a alguien para que tome decisiones sobre la atención a su salud en su nombre. A esta persona se le conoce como “representante” o “apoderado”. Si quiere nombrar a un representante, llene esta página. Si no quiere nombrarlo, pase a la siguiente página.

Representante alternativo

Si la persona nombrada en la sección anterior no está capacitada o dispuesta a tomar las decisiones de atención médica en mi nombre, nombro como representante alternativo a la persona cuyo nombre aparece a continuación, para que tome decisiones de atención médica en mi nombre, las cuales incluyen cualquier decisión de atención a la salud que yo pudiera haber tomado si estuviera en capacidad de hacerlo, con la condición de que será mi representante quien deberá seguir las instrucciones que doy a continuación.

Nombre: _____

Número de teléfono: _____ Parentesco: _____

Domicilio: _____

Mi apoderado también es mi representante personal para propósitos de leyes de privacidad federales y estatales, incluso la ley de HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud, por sus siglas en inglés).

Puede nombrar a un segundo representante (“representante alternativo”) por si su primer representante no puede o no quiere tomar decisiones de atención médica por usted.

En la sección “Cuándo tomará efecto esto”, marque para indicar cuándo podrá su representante comenzar a tomar decisiones por usted. Puede permitir que el representante tome decisiones por usted en cualquier momento o solo cuando usted ya no esté “en capacidad” (cuando ya no pueda tomar sus propias decisiones).

Cuándo tomará efecto esto (marque una)

- Le doy permiso a mi representante para tomar decisiones de atención médica en mi nombre en cualquier momento, aunque yo mismo esté en capacidad de tomarlas.
- No concedo tal permiso (este formulario solo aplica si yo ya no tengo capacidad).

Si ahora desea expresar por anticipado sus deseos, pase a la siguiente página. Si no lo desea, pase a la última página.

Calidad de vida

Al marcar “Sí” en alguna de las siguientes casillas, indico las condiciones con las cuales yo estaría dispuesto a vivir si me proporcionan cuidados adecuados para estar cómodo y controlar el dolor.

Al marcar “No” en alguna de las siguientes casillas, indico las condiciones con las cuales yo *no* estaría dispuesto a vivir (que significarían una calidad de vida inaceptable para mí).

En esta página puede marcar las condiciones con las cuales estaría dispuesto a vivir y las condiciones con las cuales *no* estaría dispuesto a vivir.

Inconsciencia permanente

Sí No Estoy totalmente inconsciente de las personas o de lo que me rodea con pocas probabilidades de salir en algún momento del coma.

Marque “Sí” si estaría dispuesto a vivir con una **condición de inconsciencia permanente**. Marque “No” si *no* estaría dispuesto a vivir con una condición de inconsciencia permanente.

Confusión permanente

Sí No Pierdo la capacidad de recordar, entender o tomar decisiones. No reconozco a mis seres queridos o no puedo tener una conversación comprensible con ellos.

Marque “Sí” si estaría dispuesto a vivir en un estado de **confusión permanente**. Marque “No” si *no* estaría dispuesto a vivir en estado de **confusión permanente**.

Dependencia en todas las actividades de la rutina diaria

Sí No Ya no puedo hablar o comunicarme con claridad ni moverme por mi mismo. Dependo de otros para alimentarme, bañarme, vestirme y caminar. No mejoraría incluso con rehabilitación o cualquier otro tratamiento reconstituyente.

Marque “Sí” si aceptaría tener que **depender en todas las actividades de la rutina diaria**. Marque “No” si *no* aceptaría tener que depender en todas las actividades de la rutina diaria.

Enfermedades en etapa terminal

Sí No Tengo una enfermedad que haya alcanzado sus etapas finales a pesar de recibir tratamiento completo. Ejemplos: cáncer generalizado que ya no responda al tratamiento; enfermedad crónica o daño al corazón y los pulmones, por lo que necesite oxígeno la mayor parte del tiempo y mis actividades estén limitadas debido a la sensación de asfixia.

Marque “Sí” si estaría dispuesto a vivir con una **enfermedad en etapa terminal**. Marque “No” si *no* estaría dispuesto a vivir con una enfermedad en etapa terminal.

Si marcó “No” en cualquiera de estas condiciones, pase a la página siguiente para indicar qué tratamiento quisiera o no quisiera si llegara a tener una condición con la cual no quisiera vivir.

Si no marcó “No” en ninguna de estas condiciones, pase a la última página.

Tratamiento

Si mi calidad de vida llegara a ser inaceptable para mí (según se indicó marcando “No” en una o más de las condiciones de la página anterior) y mi enfermedad fuera irreversible (es decir, no habrá mejoría), dispongo que se me proporcione el tratamiento médicamente apropiado según lo siguiente. Una marca en la casilla “Sí”, significa que deseo recibir ese tratamiento. Una marca en la casilla “No”, significa que no deseo recibir ese tratamiento.

En esta página puede marcar el tratamiento que quisiera o no quisiera si su calidad de vida se vuelve inaceptable para usted. Esto aplica SOLO a las condiciones para las cuales usted marcó “No” en la página anterior.

RCP (Reanimación cardiopulmonar)

Sí No Para hacer que el corazón lata de nuevo y restablecer la respiración después de que se haya detenido. Por lo general, implica el uso de choques eléctricos, compresión torácica y ayuda respiratoria.

Marque “Sí” si desearía que le aplicaran **reanimación cardiopulmonar** si tuviera una condición con la cual no esté dispuesto a vivir. Marque “No” si no desearía que se la aplicaran.

Mantenimiento de vida / otra ayuda artificial

Sí No Uso continuo de una máquina de respiración artificial, administración de líquidos por vía intravenosa, medicamentos y demás equipo que ayude a que los pulmones, el corazón, los riñones y demás órganos sigan funcionando.

Marque “Sí” si desearía que lo **mantuvieran vivo con soporte vital** si tuviera una condición con la cual no esté dispuesto a vivir. Marque “No” si no lo desearía.

Tratamiento de nuevas enfermedades

Sí No Uso de cirugía, transfusiones de sangre o antibióticos para el tratamiento de una nueva enfermedad, pero que no serán de ayuda contra la enfermedad principal.

Marque “Sí” si desearía que le **trataran nuevas enfermedades** si tuviera una condición con la cual no esté dispuesto a vivir. Marque “No” si no lo desearía.

Alimentación por tubo/ líquidos por vía intravenosa

Sí No Uso de sondas para hacer llegar alimento y agua al estómago del paciente, o la administración de líquidos por vía intravenosa, que incluirían alimentación e hidratación administradas artificialmente.

Marque “Sí” si desearía **alimentación por tubo / líquidos por vía intravenosa** si tuviera una condición con la cual no esté dispuesto a vivir. Marque “No” si no lo desearía.

Otras instrucciones, como disposiciones de sepultura, cuidados paliativos para etapa terminal, etc.

Si lo desea, puede expresar más deseos. Anexe más páginas si es necesario.

Donación de órganos

Al morir, deseo hacer la siguiente donación anatómica (marque una):

Cualquier órgano/tejido Todo el cuerpo Ningún órgano/tejido

Sólo los siguientes órganos/tejidos: _____

Puede ofrecer una donación de órganos o tejidos, pero no es obligatoria.

Al terminar, pase a la última página.

