

Formulario para comunicar instrucciones sobre la atención médica personal

Nombre: _____

No. de historia clínica de Kaiser: _____

I. Cuánto deseo saber acerca de mi enfermedad:

(Por favor, marque la opción 1 ó 2)

- 1: Deseo saber todos los hechos importantes relacionados con mi enfermedad. Puedo hacer frente mejor a lo que conozco que a lo que desconozco.
- 2: No deseo conocer todos los detalles de mi enfermedad, en especial si son malas noticias. Temo que ese conocimiento debilite mi deseo de vivir y no me permita disfrutar del tiempo que me queda. Si hubiera alguna mala noticia respecto de mi enfermedad, quiero que sea mi representante para la atención médica quien tome las decisiones médicas por mí, incluso si conservo las facultades mentales necesarias para tomar por mí mismo las decisiones relacionadas con mi atención médica.

II. Con qué precisión quiero que mi representante siga mis instrucciones:

- A. ___ He expresado por escrito cómo quiero que se tomen las decisiones relacionadas con la atención médica. **Quiero que mi representante se apegue a lo que dice este documento.** Si surgiera alguna otra decisión que no he tomado en el presente documento, deseo que mi representante se base en la información que tiene acerca de mis deseos y mis valores.
- B. ___ Mi deseo es guiar a mi representante acerca de cómo quiero que se tomen las decisiones relacionadas con la atención médica, pero entiendo que no puedo prever todo lo que podría pasar. **Deseo que mi representante tenga la autoridad final para tomar decisiones relacionadas con mi atención médica por mí en el caso de que no pueda tomarlas por mí mismo.** Confío en que mi representante recurrirá a todas las fuentes que le permitan conocer mis deseos y mis valores.

Observaciones adicionales para guiar a su representante en la toma de decisiones en nombre de usted (agregar hojas adicionales si fuera necesario):

III. En el caso de estar agonizando, es importante para mí estar:

- en mi hogar.
- en el hospital.

Instrucciones adicionales:

Iniciales: _____

Nombre: _____ No. de historia clínica de Kaiser: _____

IV. Cuando se acerque el fin de su vida, ¿en qué momento quiere que sus médicos permitan que su muerte tome su cauce natural? Por ejemplo, cuál de estas frases representa mejor lo que usted piensa: ¿1 ó 2?

1: Mi vida sólo tiene sentido si:

(Marcar todas las opciones que correspondan; puede agregar más opciones si lo desea)

- puedo hablar con mis familiares o amigos
- puedo comunicarme de alguna manera con mis seres queridos
- puedo recuperarme lo suficiente para poder comer, bañarme y cuidar de mí mismo
- no siento dolor
- puedo vivir sin estar conectado a una máquina
- no soy una carga para mi familia o para otras personas
- puedo tomar decisiones por mí mismo
- puedo ser fiel a mis creencias
- no estoy seguro

2: Mi vida siempre vale la pena, sin importar cuán enfermo esté, incluso aunque no pueda comunicarme en lo absoluto y aunque no haya ninguna probabilidad de mejorar.

V. Si tuviera una enfermedad crónica grave o estuviera tan enfermo que pudiera morir pronto:

(Elija la opción que mejor represente lo que usted opina.)

- Puede probarse cualquier tratamiento para ver si ayuda. Aunque los tratamientos **no funcionen** y haya pocas esperanzas de mejorar, **deseo permanecer** conectado a máquinas para mantener mis funciones vitales hasta mi muerte.
- Puede probarse cualquier tratamiento para ver si ayuda. Si los tratamientos **no funcionen** y hay pocas esperanzas de una mejoría, **no quiero permanecer** conectado a máquinas para mantener mis funciones vitales.

Iniciales: _____

Nombre: _____ No. de historia clínica de Kaiser: _____

V, continuación. Marcar todas las opciones que correspondan:

- Ya he decidido que **no** quiero recibir los siguientes tratamientos, aunque eso signifique que yo podría morir por no recibirlos:
- No** quiero que se realice ninguna maniobra de RCP.
 - No** quiero estar conectado a un respirador artificial.
 - No** quiero recibir diálisis.
 - No** quiero recibir transfusiones de sangre.
 - No** quiero recibir alimentación ni hidratación artificial.
 - No** quiero recibir medicamentos de ningún tipo.
 - _____
 - No quiero recibir ningún tratamiento** para prolongar la vida, aunque eso signifique que yo podría morir por no recibirlos.
 - No quiero permanecer conectado** a equipos para mantener mis funciones vitales en forma artificial durante más de _____ y en ese caso deseo _____.

llene el lapso de tiempo

VI. La religión o la espiritualidad es importante para mí no es importante para mí

Qué deberían saber mis médicos acerca de mi religión o mi espiritualidad:

VII. Después de mi muerte **Deseo** donar mis órganos. *¿Qué órganos quiere donar?* cualquier órgano sólo los siguientes órganos _____ **no quiero** donar mis órganos. Quiero que lo decida mi **representante para la atención médica**.

Iniciales: _____

Nombre: _____ No. de historia clínica de Kaiser: _____

VIII. Lo que mi representante y mis médicos deben saber acerca de la forma en que quiero que sea tratado mi cuerpo después de que yo muera:

- No** quiero que se me realice una autopsia.
- Quiero** que se me realice una autopsia si hubiera alguna duda en relación con mi muerte.
- Quiero que mi **representante de atención médica** sea quien decida si se autorizará la realización de una autopsia.
- Mis preferencias respecto del funeral/el entierro/la cremación son _____

_____.
- Quiero que mi **representante para atención médica** sea quien decida lo relativo al entierro o la cremación.

Instrucciones adicionales:

Firma: _____ Fecha: _____

Si usted está llenando este formulario al mismo tiempo que sus Disposiciones de última voluntad para la atención médica, por favor recuerde anexarlo a la AHCD para que su firma también pueda ser atestiguada o certificada por un notario público.