

# Planeo en Avance para su Cuidado de Salud



Este folleto le ayudará a planear con anticipación. Si usted tiene alguna pregunta, por favor llame para asistencia:

- Por favor, contacte a su médico primario?
- NWH Cuidado Pastoral: 617-243-6634

Esperamos que usted escoja al hospital Newton-Wellesley para las necesidades de su salud. Para más información acerca de nuestros programas y servicios o para localizar un doctor llame CareFinder (encontrador de cuidado) al (866) NWH-DOCS (694-3627) o visite nuestra página de internet [www.nwh.org](http://www.nwh.org).

03/2010



NEWTON-WELLESLEY  
HOSPITAL

PARTNERS.  
HEALTHCARE

FOUNDED BY BRIGHAM AND WOMEN'S HOSPITAL  
AND MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL

## DECLARACIÓN DE DESEOS PERSONALES

Este formulario es una manifestación de mis deseos y su cumplimiento no es jurídicamente obligatorio.

Yo, \_\_\_\_\_, firmo este formulario con el propósito de brindarle una guía a mi Representante para Servicios Médicos, a fin de que pueda tomar decisiones basadas en su entendimiento de mis deseos personales y de la información clínica que mis médicos proporcionen. Mi Representante para Servicios Médicos tiene la autoridad de tomar esas decisiones según las leyes de Massachusetts. Este formulario es una manifestación de mis deseos y su cumplimiento no es jurídicamente obligatorio.

**Si no hubiera una expectativa razonable para mi recuperación y, en la opinión de mi médico, yo moriría sin un tratamiento para mantener la vida que sólo prolongue el proceso de mi muerte,** solicito que mi Representante para Servicios Médicos considere lo siguiente (escriba sus iniciales en los renglones que expresen sus deseos):

- \_\_\_\_\_ Proporcionar el tratamiento que mantenga mi dignidad, me mantenga cómodo y alivie mi dolor.
- \_\_\_\_\_ Si mi corazón se detiene, no quiero que lo hagan volver a latir.
- \_\_\_\_\_ Si dejo de respirar, no quiero que me pongan un tubo para respirar en la garganta ni que me conecten a un respirador artificial.
- \_\_\_\_\_ Mi médico puede suspender el tratamiento o tomar la decisión de no dármelo, si sólo sirve para prolongar el proceso de mi muerte. Algunos ejemplos de ese tratamiento son los siguientes:
  - \_\_\_\_\_ Si no puedo tomar líquidos, no quiero recibir fluidos a través de suero, a menos que sea necesario para mantenerme cómodo.
  - \_\_\_\_\_ Si no puedo comer, no quiero que me pongan tubos en la nariz, en la boca o que me los coloquen quirúrgicamente para alimentarme.
  - \_\_\_\_\_ Si tengo una infección, no quiero que me administren antibióticos para prolongar mi vida si no hay esperanza de cura, a menos que sean necesarios para mantenerme cómodo.
- \_\_\_\_\_ Si es posible, deseo morir en mi casa y recibir cuidados de hospicio para personas con enfermedades terminales, si fueran necesarios.
- \_\_\_\_\_ A menos que sea necesario para mi comodidad, prefiero que NO me hospitalicen.
- \_\_\_\_\_ Mi religión es \_\_\_\_\_.
- \_\_\_\_\_ Mi consejero espiritual es \_\_\_\_\_.
- \_\_\_\_\_ Mi comunidad religiosa es \_\_\_\_\_.
- \_\_\_\_\_ Deseo recibir apoyo espiritual.
- \_\_\_\_\_ No deseo recibir apoyo espiritual.
- \_\_\_\_\_ Si es posible, deseo donar órganos.

## DECLARACIÓN DE DESEOS PERSONALES

\_\_\_\_\_ A continuación, presento orientación adicional para que mi Representante para Servicios Médicos las tome en consideración:

---

---

---

---

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

---

Esta Declaración de Deseos Personales es una adaptación de: "*My Choices: An Advance Directive for Health Care Choices*", *Missoula Demonstration Project*, Missoula, Montana, y ha sido preparada por la Sociedad de la Región Central de Massachusetts para Mejorar la Atención Médica al Final de la Vida (*Central Massachusetts Partnership to Improve Care at the End of Life*). La Sociedad otorga su autorización para reproducir este documento completo, siempre y cuando las copias muestren la fuente y esta declaración. 12/03

# FORMULARIO DEL PODER PARA TOMAR DECISIONES MÉDICAS DEL ESTADO DE MASSACHUSETTS

Yo, \_\_\_\_\_ (“el otorgante”),  
con domicilio en \_\_\_\_\_, Condado \_\_\_\_\_,  
Massachusetts, de conformidad con lo establecido en el Capítulo 201D de las Leyes

Generales de Massachusetts, nombro como mi Representante para Servicios Médicos a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Si el Representante para Servicios Médicos antes mencionado no estuviera disponible,  
nombro como mi representante alterno para servicios médicos a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Le otorgo a mi Representante para Servicios Médicos la autoridad para tomar a mi nombre todas las decisiones sobre mi atención médica, en caso de que yo llegara a estar incapacitado para tomarlas. Entre estas decisiones se cuentan las concernientes al inicio, continuación, discontinuación o rechazo de cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento para prolongar mi vida, EXCEPTO (escriba aquí las limitaciones, SI LAS HUBIERA, que usted desea ponerle a la autoridad de su Representante):

---

---

---

---

---

Mi Representante para Servicios Médicos tomará decisiones por mí, según su entendimiento de mis deseos y mis creencias religiosas y morales. Si no se conocen mis deseos, mi Representante tomará decisiones por mí, de acuerdo a lo que considere sea para mi beneficio.

Mi Representante puede obtener cualquier información médica o toda la que haya, incluso información médica confidencial como si fuera yo quien la recibiera. Las fotocopias de este Poder para Tomar Decisiones Médicas tendrán el mismo valor y efecto que el original y podrán ser aceptadas por otros proveedores de servicios médicos.

La autoridad de mi Representante para Servicios Médicos para actuar a mi nombre regirá sólo durante el período en que mi médico de cabecera determine que no tengo la capacidad de tomar decisiones sobre mi atención médica por mí mismo o que no puedo comunicarlas.

Firmo este Poder para Tomar Decisiones Médicas el \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_  
en presencia de dos testigos.

Firmado: \_\_\_\_\_

(Si el otorgante no puede firmar) El otorgante no puede firmar y yo he firmado a su nombre siguiendo sus instrucciones, en su presencia y en presencia de dos testigos.

Nombre: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad/Pueblo: \_\_\_\_\_

# FORMULARIO DEL PODER PARA TOMAR DECISIONES MÉDICAS DEL ESTADO DE MASSACHUSETTS

Nosotros, los testigos que suscriben, declaramos en presencia del otorgante que ninguno de nosotros ha sido nombrado Representante para Servicios Médicos o representante alterno para servicios médicos en este poder. Además declaramos que el otorgante firmó este instrumento como su Poder para Tomar Decisiones Médicas, o dio instrucciones en nuestra presencia para su cumplimiento; que cada uno de nosotros firma este Poder para Tomar Decisiones Médicas como testigo en presencia del otorgante y que a nuestro leal saber él/ella tiene dieciocho (18) años de edad o más, está en pleno uso de sus facultades mentales, y no ha sido coaccionado ni intimidado.

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

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

## DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE PARA SERVICIOS MÉDICOS (OPCIONAL)

**Representante para Servicios Médicos:** He sido nombrado por \_\_\_\_\_ (“el otorgante”) como su **Representante para Servicios Médicos** por vía de su Poder para Tomar Decisiones Médicas y por este medio acepto el nombramiento. El otorgante me ha comunicado sus deseos sobre su cuidado médico en caso de una posible incapacidad y yo trataré de ejecutar esos deseos. No soy dueño, administrador o empleado del hospital, asilo de ancianos, casa de reposo, asilo de veteranos ancianos ni de ningún otro centro de atención médica donde el otorgante sea paciente o residente en la actualidad, o al que haya solicitado su ingreso; si lo fuera, también estoy emparentado con el otorgante por vínculos de sangre, matrimonio o adopción.

Firma del **Representante para Servicios Médicos:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN DEL REPRESENTANTE ALTERNO PARA SERVICIOS MÉDICOS (OPCIONAL)

**Alterno:** He sido nombrado por \_\_\_\_\_ (“el otorgante”) como su **Representante Alterno para Servicios Médicos** por vía de su Poder para Tomar Decisiones Médicas y por este medio acepto el nombramiento. El otorgante me ha comunicado sus deseos sobre su cuidado médico en caso de una posible incapacidad y yo trataré de ejecutar esos deseos. No soy dueño, administrador o empleado del hospital, asilo de ancianos, casa de reposo, asilo de veteranos ancianos ni de ningún otro centro de atención médica donde el otorgante sea paciente o residente en la actualidad, o al que haya solicitado su ingreso; si lo fuera, también estoy emparentado con el otorgante por vínculos de sangre, matrimonio o adopción.

Firma del **Representante Alterno para Servicios Médicos:** \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_