

Sugerencias adicionales para su poder legal para la atención médica

Actualizado 08/2024

A continuación, se enumeran ejemplos de lenguaje que podría incluirse en la sección de "disposiciones especiales" del formulario estatal sobre el poder legal para la atención médica. Muchas de las siguientes disposiciones de ejemplo utilizan la expresión "procedimientos para prolongar la vida". Muchos procedimientos podrían considerarse como procedimientos para prolongar la vida, incluido el uso de un ventilador o sondas de alimentación, transfusiones de sangre, etc. Es posible que desee considerar qué tipos de procedimientos usted personalmente considera como procedimientos para prolongar la vida (por ejemplo, antibióticos si tiene una infección grave) para que su apoderado entienda más claramente sus deseos.

Sus deseos sobre la eliminación de los procedimientos para prolongar la vida.

1. No deseo que me mantengan con vida con procedimientos para prolongar la vida. Mi apoderado de atención médica puede determinar el momento de la interrupción del tratamiento.
2. Mi apoderado de atención médica puede tomar cualquier decisión necesaria sobre los procedimientos para prolongar la vida incluida la decisión de mantener o suspender la nutrición artificial y la hidratación y otros tratamientos.
3. No deseo que me mantengan con vida con equipos artificiales para prolongar la vida, incluida la nutrición o la hidratación, si estos procedimientos solo sirven para prolongar el proceso de muerte o mantenerme en un estado vegetativo persistente.
4. No iniciar ni continuar procedimientos para mantenerme con vida si mi condición es estable y no se espera que recupere mi plena capacidad funcional independiente.
5. No quiero que mi vida se prolongue artificial o forzosamente, a menos que haya alguna esperanza de que mi salud física y mental pueda ser restaurada.
6. Deseo que se elimine toda la nutrición artificial y la hidratación, excepto el tipo y la cantidad necesarios para prevenir la deshidratación y sequedad de la boca y la piel, a fin de maximizar la comodidad y minimizar los cuidados de enfermería.

Sus deseos sobre el uso continuo de equipos para prolongar la vida.

1. Deseo que todos los equipos para prolongar la vida, la nutrición artificial y la hidratación se utilicen durante el mayor tiempo posible.
2. Deseo que se use cualquier tratamiento médico que prolongue mi vida, incluida la quimioterapia, el tratamiento de radiación, la diálisis renal y la nutrición y la hidratación artificial.

Sus deseos sobre las limitaciones de tiempo

1. Si estoy en coma durante al menos _____ días y el coma está certificado como irreversible por un médico, ordeno que se elimine todo el equipo para prolongar la vida, incluida la nutrición artificial y la hidratación.

Sus deseos sobre la reanimación y otras medidas extremas para prolongar la vida.

1. No iniciar ni continuar procedimientos para mantenerme con vida si mi condición es estable y no se espera que recupere mi plena capacidad funcional independiente.
2. Si la muerte es inminente, deseo que se interrumpa la respiración y que no se realice RCP.
3. Deseo que se intente la RCP si es necesario.

Sus deseos sobre el ingreso a un hogar de ancianos.

1. Preferiría no ser ingresado en un hogar de ancianos (y/o centro residencial comunitario) a menos que sea absolutamente necesario y se hayan agotado todos los recursos comunitarios.
2. Prefiero quedarme en mi propia casa el mayor tiempo posible.
3. Prefiero ir a un hogar de ancianos en lugar de que mis hijos/familia me brinden atención.

Sus deseos sobre el médico preferido y/o los centros de atención a largo plazo

1. Si es compatible con mi tratamiento médico, prefiero ser tratado en el Hospital _____.
2. Prefiero ser tratado por el Proveedor _____, si es posible.
3. Si es necesario que me ingresen en un hogar de ancianos, preferiría (o preferiría evitar) el hogar de ancianos _____.
4. Prefiero morir en _____, si es posible.

Sus deseos sobre la revocación de testamentos vitales anteriores.

1. Revoco cualquier testamento vital legalizado anteriormente firmado el _____ (fecha si es posible). Mi apoderado de atención médica puede tomar la decisión de suspender o retirar los procedimientos para prolongar la vida.
2. Autorizo a mi apoderado para la atención médica a tomar todas las decisiones que no estén ya cubiertas en mi testamento vital, con el fin de cubrir aquellas situaciones en las que no padezca una enfermedad terminal y/o mi muerte no sea inminente, así como todos los procedimientos no cubiertos por mi testamento vital.

Sus deseos sobre el alivio del dolor.

1. Mi deseo es que el dolor se alivie en la medida de lo posible, aunque su uso pueda provocar daños físicos, adicción o incluso acelerar (pero no causar) la muerte.
2. Me gustaría que mi apoderado de atención médica autorizara todas las medidas de confort necesarias para aliviar mi dolor, incluidos los narcóticos, sin importar la posibilidad de adicción.

Sus deseos sobre las preferencias religiosas.

1. Deseo ser tratado en un hogar de ancianos/hospital (católico, luterano, etc.) si es posible.
2. Mi religión es _____ y me gustaría ser tratado siguiendo sus creencias y normas.
3. Deseo que se me proporcionen servicios religiosos una vez a la semana, aunque no pueda participar por completo.
4. En el caso de una situación en fase terminal o potencialmente mortal, deseo recibir los santos

óleos.

5. Deseo que mi líder religioso me visite regularmente.

Sus deseos sobre las visitas

1. Deseo que solo X, Y y Z puedan visitarme.
2. Quiero que todos los visitantes puedan visitarme, a menos que sea incompatible con mi tratamiento médico.

Sus deseos con respecto a la consulta

1. Me gustaría que mi apoderado de atención médica consultara con _____ antes de tomar cualquiera de mis decisiones de atención médica.
2. Deseo que mi apoderado de atención médica mantenga a mi familia informada de mi condición médica.
3. Me gustaría que mi apoderado de atención médica y mi(s) apoderado(s) sustituto(s) se comunicaran y se apoyaran mutuamente.