



## **Directivas Anticipadas**

La Ley de Autodeterminación del Paciente requiere que le preguntemos si tiene o no una Directiva Anticipada o quisiera ejecutar una Directiva Anticipada cuando sea admitido en la clínica. Una Directiva Anticipada es un término general para declaraciones escritas u orales que le permiten expresar sus deseos acerca de procedimientos para una posible prolongación de la vida y sobre la persona que Ud. desea designar para que tome decisiones de atención médica en caso de que Ud. quede incapacitado para hacerlo por Ud. mismo o si quisiera que alguien más participe en la toma de estas decisiones en su nombre.

Nuestra intención al brindarle esta información es para que pueda pensar con anticipación acerca de estas decisiones. Nuestro deseo es proporcionarle la mejor atención médica de acuerdo a su voluntad. Por favor, si lo desea, ejecute la directiva anticipada, aunque no está obligado a hacerlo. Si quisiera ayuda o tiene preguntas, comuníquese con:

Vilma LaPorte  
Trabajadora Social/ Administradora de Casos  
786-904-4242

# DIRECTIVAS ANTICIPADAS

Puede llenar cualquiera, todas o ninguna de las dos secciones a continuación.

## Designación de sustituto para decisiones sobre atención médica

Llene esto si desea seleccionar a alguien que tome por usted todas las decisiones sobre su atención médica o que reciba su información de salud. Esta persona es denominada un sustituto para decisiones sobre atención médica.

Yo, \_\_\_\_\_, nacido el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, deseo designar, en calidad de SUSTITUTO para proceder con lo dispuesto en esta declaración, a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación o parentesco: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Si mi apoderado no está dispuesto, es incapaz o no está razonablemente disponible para realizar sus funciones, designo como SUSTITUTO ALTERNO a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación o parentesco: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

He  No he formulado un testamento en vida antes de esta admisión.

### INSTRUCCIONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Autorizo a mi sustituto para decisiones sobre atención médica a:  \_\_\_\_\_ (Iniciales aquí) Recibir cualquier información de salud sobre mí, ya sea de manera oral o registrada en cualquier forma o medio, que:

1. Sea creada o recibida por un proveedor de atención médica, centro de salud, plan de salud, autoridad de salud pública, empleado, agente de seguros de vida, escuela o universidad, o cámara de compensación de atención médica; y
2. Se relaciona con mi salud o estado físico o mental pasado, presente o futuro; la provisión de atención médica para mí o el pago pasado, presente o futuro de esa atención.

Además autorizo a mi sustituto para decisiones sobre atención médica a:

\_\_\_\_\_ (Iniciales aquí) Tomar todas las decisiones de atención médica por mí, lo que significa que tiene la autoridad para:

1. Proporcionar el consentimiento informado, rechazar el consentimiento o retirar el consentimiento para cualquiera o toda mi atención médica, incluyendo procedimientos que prolongan la vida.
2. Solicitar en mi nombre beneficios privados, públicos, gubernamentales o de veteranos para costear la atención médica.
3. Acceder a información de mi salud razonablemente necesaria para que el sustituto tome decisiones sobre mi atención médica y solicite los beneficios por mí.
4. Decidir una donación anatómica conforme a la parte V del capítulo 765 de los Estatutos de Florida.  \_\_\_\_\_ (Iniciales aquí) Instrucciones adicionales (opcional): \_\_\_\_\_

La autoridad de mi sustituto para decisiones sobre atención médica entra en vigencia cuando mi médico de cabecera determine que no puedo tomar mis propias decisiones sobre atención médica a menos que marque y ponga mis iniciales en cualquiera o ambas de las siguientes casillas:

\_\_\_\_\_ Si marco y coloco mis iniciales en esta casilla, la autoridad de mi sustituto para decisiones sobre atención médica para recibir información de mi salud entra en vigencia inmediatamente.

\_\_\_\_\_ Si marco y coloco mis iniciales en esta casilla, la autoridad de mi sustituto para decisiones sobre atención médica para tomar decisiones sobre mí entra en vigencia inmediatamente. Sin embargo, cualquier instrucción o decisión de atención médica que haga, de manera verbal o por escrito, mientras tenga capacidad sustituirá cualquier instrucción o decisión de atención médica hecha por mi apoderado que entre en conflicto sustancial con las tomadas por mí. Mientras tenga la capacidad de tomar decisiones, predominan mis deseos, y mis médicos y proveedores de atención médica deben comunicarme claramente el plan de tratamiento o cualquier cambio en el plan de tratamiento antes de su implementación. En la medida en que sea capaz de entender, mi sustituto para decisiones sobre atención médica me mantendrá razonablemente informado de todas las decisiones que ha tomado en mi nombre y los asuntos que me conciernen.

### ESTA DESIGNACIÓN DE UN SUSTITUTO PARA DECISIONES SOBRE ATENCIÓN MÉDICA NO ESTÁ AFECTADA POR MI INCAPACIDAD POSTERIOR, EXCEPTO COMO SE ESTIPULA EN EL CAPÍTULO 765 DE LOS ESTATUTOS DE FLORIDA.

Entiendo que puedo, en cualquier momento mientras mantenga mi capacidad, revocar o enmendar esta designación al: (1) proporcionar un documento escrito firmado y con fecha expresando mi intención de enmendarla o revocarla; (2) destruyéndola, ya sea por mi acción o por la de otra persona en mi presencia y bajo mi solicitud; (3) expresando verbalmente mi intención de enmendar o revocar esta designación; o, (4) firmando una nueva designación que sea materialmente distinta a ésta.

**Firma:** Firme el formulario. Haga que dos testigos firmen el formulario. Diga a otros acerca de su decisión y proporcione copias a su médico y a sus familiares. Lleve el formulario al hospital al momento de la admisión.

Comprendo la importancia de esta declaración y me siento en plenas facultades emocionales y mentales para hacerla. Estas instrucciones expresan mi derecho legal a conservar mi derecho a la privacidad y a la autodeterminación. Por lo tanto, espero que mi familia, médico y todos aquellos que se preocupan por mi atención, que se consideren a sí mismos obligados legal y moralmente a actuar de acuerdo con mis deseos.

_____ Firma del paciente	_____ Fecha	_____ Testigo de la firma	_____ Testigo de la firma
<b>SÓLO UNO DE LOS TESTIGOS PUEDE SER UN CÓNYUGE O FAMILIAR CONSANGUÍNEO. UN SUSTITUTO NO PUEDE SER TESTIGO.</b>		_____ Nombre/relación (letra de molde)	_____ Nombre/relación (letra de molde)

## Testamento en vida

Llene esto si lo desea, o puede proporcionar un documento propio.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial/Segundo nombre \_\_\_\_\_

Esta declaración fue hecha a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Yo, \_\_\_\_\_, nacido el día \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, intencionada y voluntariamente expreso mi deseo de que el proceso de

mi muerte no sea prolongado artificialmente en las circunstancias que se detallan a continuación:

Es mi deseo que mi vida no sea prolongada artificialmente si soy incapaz de comunicar mis decisiones de atención médica y: Tengo una afección terminal, o tengo una afección en su etapa final; o estoy en estado vegetativo persistente. Si mi médico determina que no hay probabilidad razonable de recuperación, y otro médico a quien consulte lo confirme, entonces solicito que se eviten o que se retiren los procedimientos de prolongación de la vida. Los medicamentos y procedimientos médicos deben proporcionarse únicamente si me dan comodidad o para aliviar mi dolor.

Otras instrucciones personales:

\_\_\_\_\_  
Mi familia y mis médicos deben cumplir esta declaración como la última expresión de mi legítimo derecho a negarme a un tratamiento médico o quirúrgico aun si la consecuencia de esto es mi muerte.

He  No he designado a un sustituto para decisiones sobre atención médica antes de esta admisión.

**Firma:** Firme el formulario. Haga que dos testigos firmen el formulario. Diga a otros acerca de su decisión y proporcione copias a su médico y a sus familiares. Lleve el formulario al hospital al momento de la admisión.

Comprendo la importancia de esta declaración y me siento en plenas facultades emocionales y mentales para hacerla. Estas instrucciones expresan mi derecho legal a conservar mi derecho a la privacidad y a la autodeterminación. Por lo tanto, espero que mi familia, médico y todos aquellos que se preocupan por mi atención, que se consideren a sí mismos obligados legal y moralmente a actuar de acuerdo con mis deseos.

_____ Firma del paciente	_____ Fecha	_____ Testigo de la firma	_____ Testigo de la firma
<b>SÓLO UNO DE LOS TESTIGOS PUEDE SER UN CÓNYUGE O FAMILIAR CONSANGUÍNEO. UN SUSTITUTO NO PUEDE SER TESTIGO.</b>		_____ Nombre/relación (letra de molde)	_____ Nombre/relación (letra de molde)

