

DIRECTIVAS ANTICIPADAS DE _____

Para cualquier médico responsable de mi tratamiento, este documento contiene lo siguiente: 1. Mi nombramiento de un representante de atención médica 2. Mi testamento vital o mis instrucciones de atención médica 3. Mi documento de donación anatómica 4. La designación de mi custodio para mi incapacidad futura. Como mi médico, usted puede confiar en estas instrucciones y decisiones de atención médica tomadas por mi representante de atención médica o custodio de mi persona, si yo no puedo tomar una decisión por mí mismo(a). Elijo no nombrar a un representante de atención médica; vaya a la página siguiente. _____ (escriba sus iniciales aquí)

NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombro a _____ para que sea mi representante de atención médica. Si mi médico tratante determina que no puedo comprender ni apreciar la naturaleza y las consecuencias de las decisiones de atención médica y no puedo tomar ni comunicar una decisión informada sobre el tratamiento, mi representante de atención médica está autorizado para tomar todas y cada una de las decisiones de atención médica por mí, incluida la decisión de aceptar o rechazar cualquier tratamiento, servicio o procedimiento utilizado para diagnosticar o tratar mi afección física o mental y la decisión de proporcionar, rehusar o retirar los equipos de mantenimiento artificial de la vida, salvo excepciones previstas por la ley que excluyan por ejemplo la psicocirugía o el tratamiento electroconvulsivo. Le indico a mi representante de atención médica que tome decisiones en mi nombre de acuerdo con mis deseos, tal como se establece en este documento o como de algún modo lo sabe mi representante de atención médica. En caso de que mis deseos no estén claros o que se origine alguna situación inesperada, mi representante de atención médica puede tomar una decisión para mi propio bien, de acuerdo a lo que se conoce de mis deseos. Si _____ no desea o no puede ser mi representante de atención médica, nombro a _____ para que sea mi representante de atención médica alternativo. Además indico que, como lo requiere la ley, mi médico tratante divulgue a mi representante de atención médica la información de salud protegida sobre mi capacidad para comprender y apreciar la naturaleza y las consecuencias de las decisiones de atención médica y para tomar y comunicar una decisión informada sobre el tratamiento a solicitud de mi representante en cualquier momento luego de que yo firme este formulario. 1 Elijo no proporcionar Instrucciones de atención médica; vaya a la página siguiente. _____ (escriba sus iniciales aquí)