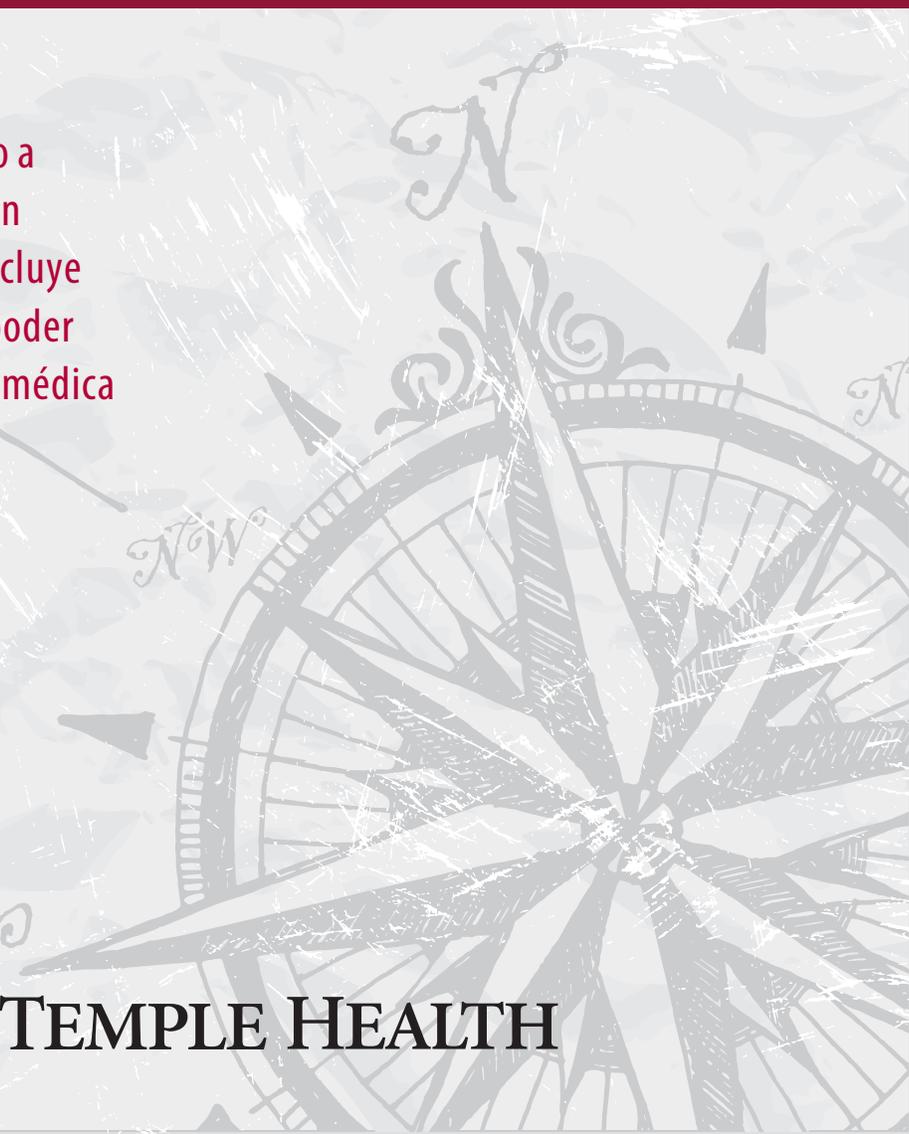


# INSTRUCCIONES ANTICIPADAS

## Su elección, su voz

Una guía para ayudarlo a ocuparse de su atención médica en el futuro. Incluye testamento en vida y poder notarial para atención médica



 **TEMPLE HEALTH**

# INSTRUCCIONES Y FORMULARIOS

Estos formularios lo ayudarán a decidir cómo dirigir su cuidado médico en caso de que no pueda hablar por sí mismo. Si bien es difícil pensar en lo que podría suceder con su salud en el futuro, estos formularios le ofrecen opciones que posiblemente desee considerar.

Por favor, tómese un tiempo para leer este folleto y completar los formularios. Recuerde hacer preguntas y hablar sobre estas opciones con su familia, amigos cercanos y médicos. Usted guardará el original y nosotros guardaremos una copia en su registro médico.

## DEFINICIONES

### 1. TESTAMENTO EN VIDA

Este formulario le permite hablar sobre sus deseos con respecto a su cuidado médico en caso de que ya no pueda comunicarse. Entra en vigencia únicamente si tiene una enfermedad terminal (cerca de la muerte), se encuentra inconsciente de forma permanente (en coma) o en estado vegetativo persistente. La ley dice que su médico debe respetar sus deseos.

### 2. PODER NOTARIAL VITALICIO

El poder notarial vitalicio para atención médica le permite elegir a una persona que tomará las decisiones médicas por usted en caso de que usted no pueda hacerlo. La persona que elige se llama su Apoderado. También puede elegir un segundo Apoderado si la primera persona que eligió no se encuentra disponible.

### 3. INSTRUCCIONES PARA MI APODERADO (opcional)

Estas instrucciones son una manera para comunicarle a su Apoderado sus deseos, para que los cumpla. Estas instrucciones no son legalmente obligatorias (requeridas por la ley), pero ayudan a tener una idea de sus preferencias en caso de que ya no pueda comunicarse por usted mismo. No podemos planificar por cada cambio en su salud.

# TESTAMENTO EN VIDA-SUS DESEOS SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA

Yo, (Nombre del paciente en letra imprenta) \_\_\_\_\_,

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_, en pleno uso de mis facultades mentales, hago esta declaración intencional y voluntariamente para que se cumpla en caso de no poder tomar más decisiones por mi cuenta.

Le indico a mi médico y equipo de atención médica continuar o retirar tratamiento de soporte vital que sirviera solo para prolongar el proceso de mi muerte en caso de estar en estado de inconsciencia permanente (coma) o enfermedad terminal (cerca de la muerte).

Indico que el tratamiento se limite a esfuerzos para mantenerme cómodo y aliviar el dolor, incluso el dolor que surja por continuar o retirar el tratamiento de soporte vital.

**Además, si estoy en las condiciones que describí más arriba, deseo **enfáticamente** las siguientes formas de tratamiento:**

**Por favor, marque sus preferencias a continuación)**

Yo \_\_\_\_\_ **quiero** \_\_\_\_\_ **no quiero** reanimación cardíaca (RCP).

Yo \_\_\_\_\_ **quiero** \_\_\_\_\_ **no quiero** que me conecten a un respirador (máquina para respirar).

Yo \_\_\_\_\_ **quiero** \_\_\_\_\_ **no quiero** un tubo de alimentación ni ninguna otra forma artificial o invasiva de hidratación (agua). Esto incluye el tubo de alimentación en el estómago.

Yo \_\_\_\_\_ **quiero** \_\_\_\_\_ **no quiero** sangre ni hemoderivados.

Yo \_\_\_\_\_ **quiero** \_\_\_\_\_ **no quiero** diálisis renal.

Yo \_\_\_\_\_ **quiero** \_\_\_\_\_ **no quiero** extracciones de sangre ni pinchazos con agujas.

Yo \_\_\_\_\_ **quiero** \_\_\_\_\_ **no quiero** ninguna forma de cirugía o pruebas invasivas de diagnóstico.

Yo \_\_\_\_\_ **quiero** \_\_\_\_\_ **no quiero** hacer una donación de órganos de todo o una parte de mi cuerpo, con las siguientes limitaciones, si aplican: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Realizo esta declaración el (Fecha) \_\_\_\_\_

Firma (Nombre del paciente) \_\_\_\_\_

Manifiesto que el declarante firmó este documento a sabiendas y de manera voluntaria mediante su firma o marca en mi presencia.

Firma del testigo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Witness' Signature (Print) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

# PODER NOTARIAL PARA ATENCIÓN MÉDICA

de (Nombre del paciente) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

## 1. ASIGNACIÓN DE APODERADO

Entiendo mi derecho a tomar mis propias decisiones de aceptar o rechazar tratamientos de atención médica. En caso de ser incapaz de tomar una decisión con respecto al tratamiento, asigno a mi Apoderado para las decisiones de atención médica:

Nombre del Apoderado (letra imprenta) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

\_\_\_\_\_  
(Correo electrónico) (Teléfono) (Relación)

## 2. REEMPLAZO DEL APODERADO (Opcional)

En caso de no poder contactarse con el apoderado o si no desea o no está disponible para tomar decisiones, asigno a la siguiente persona como mi reemplazo de apoderado:

Nombre del reemplazo de apoderado \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

\_\_\_\_\_  
(Correo electrónico) (Teléfono) (Relación)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente Firma del testigo Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha Fecha Fecha

Sugerimos que haga copias para:

- Usted
- Su familia
- Su apoderado
- Su equipo de atención médica

# INSTRUCCIONES PARA MI APODERADO (Opcional)

## MIS VALORES MÁS IMPORTANTES

Lo más importante sobre mi salud y atención médica es: (Marque todas las que desee)

\_\_\_\_\_ **Vivir lo más que se pueda, incluso si tengo poca capacidad o ninguna capacidad para funcionar.**  
(Puede explicar más)

---

---

\_\_\_\_\_ **Mantener mi dignidad.** (Puede explicar más)

---

---

\_\_\_\_\_ **Tener una buena calidad de vida.** (Puede explicar más)

---

---

\_\_\_\_\_ **Poder comunicarme con otras personas.** (Puede explicar más)

---

---

\_\_\_\_\_ **No sentir dolor.** (Puede explicar más)

---

---

\_\_\_\_\_ **Otras.** (Por favor, explique)

---

---

# Conozca sus opciones, comparta sus deseos

Mantenga el control, tenga  
tranquilidad y asegúrese de  
que se cumplan sus deseos.

*Provided by Temple Health*

## ¡Gracias por completar sus Instrucciones Anticipadas!

*Esperamos que esto lo ayude a usted, a sus seres queridos y su equipo médico a dirigirse hacia la dirección indicada.*



## TEMPLE HEALTH

800-Temple-Med (800-836-7536)

TempleHealth.org



[facebook.com/templehospital](https://facebook.com/templehospital)



[twitter.com/templehealthmed](https://twitter.com/templehealthmed)



[youtube.com/templehospital](https://youtube.com/templehospital)

## TEMPLE HEALTH

Temple University Hospital  
Lewis Katz School of Medicine  
at Temple University  
Fox Chase Cancer Center  
Jeanes Hospital

Temple Health Oaks  
Temple Health Center City  
Temple Health Ft. Washington  
Temple Health Elkins Park

Temple ReadyCare  
Temple Physicians  
Temple Transport Team

TUH – Episcopal Campus  
TUH – Northeastern Campus

Temple Health refers to the health, education and research activities carried out by the affiliates of Temple University Health System (TUHS) and by Temple University School of Medicine. TUHS neither provides nor controls the provision of health care. All health care is provided by its member organizations or independent health care providers affiliated with TUHS member organizations. Each TUHS member organization is owned and operated pursuant to its governing documents.