

**MI DIRECTRIZ
ANTICIPADA
Y "PROXY"
(APODERADO) DE LA
SALUD**

(Advance Directive
Spanish Text)

February 2002

Si mi primer escogido como apoderado en cuidado de la salud, no puede o decide no actuar por mí, yo nombro como segundo apoderado:

Nombre: _____
(Letra de imprenta)

Quien vive en: _____

Numero de Teléfono: () _____

Firmado este _____ día de _____

Firma: _____

Dirección: _____

Firma del testigo* _____ Firma del testigo: _____

Nombre del testigo _____ Nombre del testigo: _____
(Letra de imprenta) (Letra de imprenta)

Dirección del Testigo: _____ Dirección del Testigo: _____

*El testigo puede ser cualquier adulto competente que no sea la persona designada como representante de la salud o persona alterna en este documento.

Siempre hable con su médico sobre sus deseos. Esta forma le ayudará a usted a poner sus deseos por escrito. Instrucciones escritas deberán ser cumplidas por su médico cuando usted no puede hablar por usted mismo.

SOBRE ESTA FORMA

Esta forma es una sugerencia, usted puede utilizar cualquier forma que usted escoja.

- ◆ Usted puede eliminar o añadir cualquier palabra en esta forma. Favor inicial cualquier cambio.
- ◆ Déle una copia a su apoderado, persona alterna ("proxy") y a su médico.
- ◆ Mantenga la original con sus otros papeles importantes pero no en cajas de depósitos o cualquier otro sitio donde los miembros de su familia no puedan encontrarla.
- ◆ Traiga una copia (o el original) siempre que sea admitido/ingresado al hospital.

SI USTED TIENE ALGUNA PREGUNTA QUE SU MEDICO NO PUEDA CONTESTAR, POR FAVOR LLAME A:

973-972-5842 -- Departamento de Servicios Sociales

973-972-7251 -- Eticas y Ayuda Emocional

TESTAMENTO EN VIDA Y "PROXY"/ REPRESENTANTE DEL CUIDADO DE SALUD

Para _____
(Letra Imprenta)

Si yo no puedo hacer o comunicar decisiones sobre mi cuidado médico, aquellos cercanos a mí deberán cuidar por mí de acuerdo a las siguientes instrucciones:

Yo no quiero tratamiento médico (incluyendo alimentación y agua por tubo) que me mantenga vivo sí:

- ◆ Si yo estoy inconciente y no hay oportunidad razonable que recobre el conocimiento.
- ◆ Yo estoy cerca de la muerte con ninguna posibilidad de recuperación, o
- ◆ Yo tengo una enfermedad incurable e irreversible y la carga de continuar con vida con tratamiento viene a ser mayor que los beneficios obtenidos.

Instrucciones especiales opcionales:

Yo entiendo que las instrucciones arriba indicadas son generales y tendrán que ser interpretadas. Yo también sé que otras decisiones sobre mi cuidado deberán ser tomadas. Por lo tanto, yo estoy nombrando una persona confiable, que me conoce bien para decidir por mí de acuerdo a mis deseos previamente expresadas.

Esta persona se le llama un representante de la salud o "proxy"/apoderado y está autorizado para hacer cualquier y toda decisión de cuidado de salud por mí, si yo no puedo hacer las mismas por mí mismo. Este poder viene a ser efectivo cuando yo quede incapacitado de hacer o comunicarme decisiones sobre mi caso.

Yo nombro: _____
Letra Imprenta

Quien vive en el: _____

Número de Teléfono: () _____