

Declaración de voluntad anticipada

Estado de Oregón

Este formulario se puede utilizar en Oregón para elegir a una persona que tome las decisiones de atención médica por usted si está demasiado(a) enfermo(a) para hacerlo por sí mismo(a). Esta persona se denomina representante para asuntos médicos. Si no tiene designado un representante para asuntos médicos eficiente y la gravedad de su enfermedad le impide hablar por sí mismo(a), se le asignará un representante para asuntos médicos en el orden de prioridad establecido en el artículo 127.635(2) de las leyes revisadas de Oregón (Oregon Revised Statutes, ORS).

Parte 1 Designe un representante para asuntos médicos



Parte 2 Haga sus propias elecciones de atención médica



Parte 3 Firme el formulario



Este formulario le permite expresar sus valores y creencias con respecto a sus decisiones y preferencias respecto de la atención médica. Asegúrese de firmar el formulario en la página 5 para completarlo.

- Si usted ha completado una declaración de voluntad anticipada con anterioridad, este nuevo documento reemplazará toda declaración anterior.
- Debe firmar este formulario para que entre en vigor. Dos testigos o un notario deben estar presentes cuando usted firme. La designación del representante para asuntos médicos será definitiva cuando la persona acepte y firme su declaración de voluntad anticipada en la página 6.
- Si su declaración de voluntad anticipada incluye instrucciones relativas a la extracción del soporte vital o de la alimentación por sonda, usted puede revocarla en cualquier momento y de cualquier manera que manifieste su deseo de revocarla.
- En todos los demás casos, usted puede revocar su declaración de voluntad anticipada en cualquier momento y de cualquier manera mientras sea capaz de tomar decisiones médicas.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Números de teléfono:

*Residencial*_____
*Celular*_____
Trabajo

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Mi representante para asuntos médicos

Designo a la siguiente persona como mi representante para asuntos médicos para que tome las decisiones con respecto a mi atención médica en mi nombre si no puedo tomarlas por mí mismo(a).

Nombre: _____ Parentesco: _____

Números de teléfono:

*Residencial*_____
*Celular*_____
Trabajo

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Designo a las siguientes personas para que sean mis representantes para asuntos médicos suplentes si mi primera opción no está disponible para tomar decisiones médicas por mí o si ya no deseo que mi primer representante para asuntos médicos sea responsable de estas decisiones.

Primer representante para asuntos médicos suplente:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Números de teléfono:

*Residencial*_____
*Celular*_____
Trabajo

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Segundo representante para asuntos médicos suplente:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Números de teléfono:

*Residencial*_____
*Celular*_____
Trabajo

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Si desea dar instrucciones a su representante para asuntos médicos sobre las decisiones con respecto a su atención médica, escriba sus iniciales en una de las siguientes tres afirmaciones:

- _____ En la medida en que corresponda, mi representante para asuntos médicos debe seguir mis instrucciones.
- _____ Mis instrucciones son directrices para que mi representante para asuntos médicos tenga en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre mi atención médica.
- _____ Otras instrucciones: _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Instrucciones sobre mis cuidados terminales

Al rellenar estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- La expresión "según recomiende mi proveedor de atención médica" significa que usted desea que su proveedor de atención médica utilice soporte vital si considera que podría ser útil, y que desea que suspenda el soporte vital si considera que no está curando su estado de salud o sus síntomas.
- El término "soporte vital" significa cualquier tratamiento médico que mantenga la vida mediante el sostenimiento, la restauración o la sustitución de una función vital.
- El término "alimentación por sonda" significa la administración artificial de alimentos y agua.
- Comprende que rechazar la alimentación por sonda puede provocar desnutrición, deshidratación y la muerte.
- Recibirá atención para su comodidad e higiene independientemente de las decisiones que tome.

A. Declaración sobre mis cuidados terminales. Escriba sus iniciales en la siguiente afirmación si está de acuerdo con ella. Si coloca sus iniciales en la afirmación, puede, sin obligación alguna, enumerar una o más condiciones en las que no quiere recibir soporte vital.

_____ No quiero que se prolongue mi vida con soporte vital. Tampoco quiero recibir alimentación por sonda como soporte vital. Quiero que me permitan morir de forma natural si mi proveedor de atención médica y otro médico experto en la materia confirman que me encuentre en alguna de las condiciones médicas que se enumeran a continuación.

Instrucciones sobre mis cuidados terminales (*continuación*)

B. Instrucciones adicionales sobre mis cuidados terminales. Estos son mis deseos de atención médica si mi proveedor de atención médica y otro médico experto en la materia confirman que me encuentro en una condición médica descrita a continuación:

a. Cerca de la muerte. Si estoy cerca de morir y el soporte vital solo pospondría el momento de mi muerte:

ESCRIBA SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:

_____ Quiero recibir alimentación por sonda.

_____ Quiero recibir alimentación por sonda solo si lo recomienda mi proveedor de atención médica.

_____ NO QUIERO recibir alimentación por sonda.

ESCRIBA SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:

_____ Quiero cualquier otro soporte vital que esté indicado en mi caso.

_____ Quiero soporte vital solo si lo recomienda mi proveedor de atención médica.

_____ NO QUIERO soporte vital.

b. Inconsciencia permanente. Si estoy inconsciente y es muy poco probable que vuelva a estar consciente:

ESCRIBA SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:

_____ Quiero recibir alimentación por sonda.

_____ Quiero recibir alimentación por sonda solo si lo recomienda mi proveedor de atención médica.

_____ NO QUIERO recibir alimentación por sonda.

ESCRIBA SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:

_____ Quiero cualquier otro soporte vital que esté indicado en mi caso.

_____ Quiero soporte vital solo si lo recomienda mi proveedor de atención médica.

_____ NO QUIERO soporte vital.

c. Enfermedad progresiva avanzada. Si tengo una enfermedad progresiva que será mortal y se encuentra en una fase avanzada, y soy constante y permanentemente incapaz de comunicarme por cualquier medio, de tragar alimentos y agua de forma segura, de cuidar de mí mismo(a) y de reconocer a mi familia u otras personas, y es muy poco probable que mi estado mejore sustancialmente:

ESCRIBA SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:

_____ Quiero recibir alimentación por sonda.

_____ Quiero recibir alimentación por sonda solo si lo recomienda mi proveedor de atención médica.

_____ NO QUIERO recibir alimentación por sonda.

ESCRIBA SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:

_____ Quiero cualquier otro soporte vital que esté indicado en mi caso.

_____ Quiero soporte vital solo si lo recomienda mi proveedor de atención médica.

_____ NO QUIERO soporte vital.

d. Sufrimiento extraordinario. Si el soporte vital no ayuda a mi condición médica y me hiciera sufrir un dolor permanente y agudo:

ESCRIBA SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:

_____ Quiero recibir alimentación por sonda.

_____ Quiero recibir alimentación por sonda solo si lo recomienda mi proveedor de atención médica.

_____ NO QUIERO recibir alimentación por sonda.

ESCRIBA SUS INICIALES EN UNA OPCIÓN:

_____ Quiero cualquier otro soporte vital que esté indicado en mi caso.

_____ Quiero soporte vital solo si lo recomienda mi proveedor de atención médica.

_____ NO QUIERO soporte vital.

- C. **Instrucciones adicionales.** Puede adjuntar a este documento cualquier escrito o grabación de sus valores y creencias relacionados con las decisiones sobre su atención médica. Este material adjunto servirá de guía para los proveedores de atención médica. Y puede incluir una descripción de lo que le gustaría que ocurriera si estuviera cerca de la muerte, si estuviera permanentemente inconsciente, si tuviera una enfermedad progresiva avanzada o si sufriera dolor permanente y agudo.

Parte 3 Firme el formulario

Aceptación por parte de mi representante para asuntos médicos

Acepto esta designación y me comprometo a actuar como representante para asuntos médicos.

Representante para asuntos médicos:

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma u otra forma de verificar la aceptación: _____

Fecha: _____

Primer representante para asuntos médicos suplente:

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma u otra forma de verificar la aceptación: _____

Fecha: _____

Segundo representante para asuntos médicos suplente:

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma u otra forma de verificar la aceptación: _____

Fecha: _____

Mi firma

Mi firma: _____ Fecha: _____

Continuación

COMPLETE **A O B** CUANDO FIRME

A. Notario:

Estado de: _____ Condado de: _____

Firmado o certificado ante mí: _____ de 20 _____

por _____

Notario público - Estado de: _____

B. DECLARACIÓN DE TESTIGO:

La persona que rellena este formulario es de mi conocimiento o me presentó prueba de su identidad, ha firmado o reconocido su firma en el documento ante mí y parece no estar actuando bajo coacción y comprender la finalidad y el efecto de este formulario. Además, no soy el representante para asuntos médicos ni representante para asuntos médicos suplente de la persona, ni tampoco soy su proveedor de atención médica.

Nombre del testigo (en letra de imprenta): _____


Firma: _____

Fecha: _____

Nombre del testigo (en letra de imprenta): _____

Firma: _____

Fecha: _____

Si necesita ayuda contacte al
 coordinador de atención de
su clínica

- Dwyer (503) 607-2052
- Milwaukie (503) 607-2034
- Sellwood (503) 607-2084
- Oregon City (503) 607-2032
- Happy Valley (503) 607-2033