Directiva anticipada para cuidados de salud (testamento vital y representante de cuidados de salud)

Este formulario puede ser utilizado en el estado de Alabama para comunicar su voluntad sobre qué tratamiento médico u otros cuidados desea o no desea recibir si padece una enfermedad que no le permita hablar. No es obligatorio tener una directiva anticipada. Si tiene este formulario, asegúrese de que su médico, familia y amigos sepan que lo tiene y dónde pueden encontrarlo.

Sección 1: Testamento vital

Yo, _____, individuo en buena salud mental y de al menos 19 años, quisiera comunicar la siguiente voluntad. Solicito que mi familia, médicos, trabajadores de la salud y todos los demás sigan las siguientes indicaciones. Soy consciente de que en cualquier momento podría cambiar de opinión sobre estas indicaciones rompiendo este formulario y escribiendo uno nuevo. También sé que puedo prescindir de estas indicaciones rompiendo el formulario y comunicando mi voluntad a otra persona de al menos 19 años y solicitándole que tome nota de mis indicaciones. Comprendo que estas indicaciones solo serán utilizadas si no puedo hablar por mi cuenta.

SI PADEZCO UNA ENFERMEDAD O UNA LESIÓN TERMINAL:

Una enfermedad o lesión será considerada terminal cuando mi médico y otro médico más decidan que mi condición no puede ser curada y que probablemente muera pronto debido a ella.

Tratamiento para prolongar la vida: el tratamiento para prolongar la vida incluye medicamentos, máquinas o procedimientos médicos que me mantendrían vivo, pero no me curarían. Sé que aunque no elija recibir un tratamiento para prolongar la vida, aún así recibiré medicamentos y tratamientos que **disminuyan mi dolor y me hagan sentir mejor.**

Coloque sus iniciales en "sí" o "no":

Deseo recibir un tratamiento para prolongar la vida si padezco una enfermedad o lesión terminal. _____Sí _____No

Alimentos e hidratación provistos artificialmente (alimentos y agua mediante una sonda o un dispositivo IV): comprendo que si padezco una enfermedad o lesión terminal es posible que tenga que recibir alimento y agua mediante una sonda o un dispositivo IV para mantenerme con vida, si es que ya no puedo masticar o tragar por mi cuenta o con la ayuda de alguien.

Coloque sus iniciales en "sí" o "no":

Deseo recibir comida y agua a través de una sonda o un dispositivo IV si padezco una enfermedad o lesión terminal.
_____Sí _____No

SI ESTOY PERMANENTEMENTE INCONSCIENTE:

El estado de inconsciencia permanente se determina cuando mi médico y otro médico más coinciden en que, de acuerdo con un grado razonable de certeza médica, ya no puedo pensar ni sentir nada, moverme a voluntad o estar consciente de que estoy vivo. Los médicos consideran que esta condición durará indefinidamente sin que haya esperanzas de mejoras y me han examinado lo suficiente para tomar dicha decisión. Entiendo que al menos uno de los médicos debe estar calificado para realizar dicho diagnóstico.

Tratamiento para prolongar la vida: el tratamiento para prolongar la vida incluye medicamentos, máquinas o procedimientos médicos que me mantendrían vivo, pero no me curarían. **Sé** que aunque no elija recibir un tratamiento para prolongar la vida, aún así recibiré medicamentos y tratamientos que **disminuyan mi dolor y me hagan sentir mejor.**

Coloque sus iniciales en "sí" o "no":

Deseo recibir un tratamiento para prolongar la vida si estoy permanentemente inconsciente. _____Sí _____No

Comida e hidratación provista en forma artificial (comida o agua mediante una sonda o dispositivo IV): comprendo que si estoy permanentemente inconsciente, quizás deba recibir comida y agua a través de una sonda o un dispositivo IV para mantenerme con vida si ya no puedo masticar o tragar por mi cuenta o con ayuda de alguien.

Coloque sus iniciales en "sí" o "no":
Deseo recibir comida y agua a través de una sonda o un dispositivo IV si estoy permanentemente inconsciente.
_____Sí _____No

OTRAS INDICACIONES:

Por favor, indique otras cosas que desea o no desea.

Además de las indicaciones que brindo en este formulario, también deseo lo siguiente:

1. Solicito que las personas que indiqué en la Sección 2 (representante de cuidados de salud) de este formulario tengan, además de los permisos enumerados en el presente documento, de conformidad con el Código de Alabama, Secciones 22−BA−1 et. seq. y 26− 1−2, el permiso para: actuar en mi nombre para tomar decisiones médicas, actuar como mis abogados apoderados para tomar decisiones sobre mi salud médica, dental o mental de cualquier tipo que estén autorizadas por cualquier ley del estado de Alabama; acceder a mis registros médicos, dentales y mentales; y autorizar cualquier procedimiento de salud médica, dental o mental permitidos por las leyes del estado de Alabama. Los poderes en este párrafo deberán ser considerados poderes permanentes para cuidados médicos y no deberán modificarse debido a mi discapacidad, incompetencia o incapacidad, y dichos derechos, permisos y autoridad deben permanecer vigentes hasta mi muerte, a menos que yo lo indique por escrito o mediante la revocación de este formulario de conformidad con la ley. _____(Iniciales)

2. El representante de cuidados de salud en este formulario será designado a continuación como "representante personal", según lo definido en la sección 164.502 del título 45 del CFR, denominada también Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996, en su forma enmendada, o HIPAA, por sus siglas en inglés. Este "representante personal" podrá acceder a mis registros médicos, divulgar información confidencial de proveedores y aseguradores médicos u otros proveedores externos, y será considerado mi "representante personal" para la divulgación de datos de salud de acuerdo con la HIPAA. Esta autorización y permiso de divulgación debería entrar en vigor en caso de que pueda o no otorgar mi consentimiento informado y entra en vigencia inmediatamente luego de la firma de este documento de directivas anticipadas para cuidados de salud. Autorizo y solicito a las entidades implicadas que brinden mi información de salud protegida a mi "representante personal" en cualquier momento según él lo requiera. _____(Iniciales)

Si **no** tiene otras indicaciones, coloque sus iniciales aquí: _____No, **no** tengo otras indicaciones.

3. _____
_____

4. _____
_____

DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS:

Coloque sus iniciales en una de las siguientes opciones:
_____ Deseo donar órganos o tejidos, de ser posible.
_____ No deseo donar órganos o tejidos.

Sección 2: Si necesito que alguien hable por mí (representante de cuidados de salud)

Este formulario puede ser utilizado en el estado de Alabama para nombrar a una persona que tome decisiones médicas o de otra índole en su nombre si padece una enfermedad que no le permita hablar. A esta persona se la llama "representante de cuidados de salud". No es obligatorio que nombre a un representante de cuidados de salud. Las indicaciones en este formulario se respetarán aunque no nombre a un representante de cuidados de salud.

Coloque sus iniciales en una de las siguientes respuestas:

_____ No deseo un representante de cuidados de salud. (Si selecciona esta respuesta, pase a la Sección 3).

_____ Deseo que la persona indicada a continuación sea mi representante de cuidados de salud. He hablado con esta persona sobre mis deseos.

Primera opción de representante: _____

Relación conmigo: _____

Dirección:_____

Teléfono durante el día: _____ Teléfono por la noche: _____

Si esta persona no puede, no desea o no está disponible para ser mi representante de cuidados de salud, la siguiente opción es:

Segunda opción de representante: _____

Relación conmigo: _____

Dirección: _____

Teléfono durante el día: _____Teléfono por la noche: _____

Instrucciones para el representante:

Coloque sus iniciales en "sí" o "no": Deseo que mi representante de cuidados de salud tome decisiones sobre la posibilidad de proveerme de alimento y agua a través de una sonda o un dispositivo IV.

_____Sí _____No

Coloque sus iniciales en una de las siguientes opciones:

_____ Deseo que mi representante de cuidados de salud solo siga las indicaciones en este formulario.

_____ Deseo que mi representante de salud siga mis indicaciones tal como se indican en este formulario y que tome cualquier decisión sobre lo que no trate el formulario.

_____ Deseo que mi representante de cuidados de salud tome la decisión final, aunque pueda implicar algo distinto de lo que indiqué en este formulario.

Sección 3: Lo que indiqué en este formulario es lo que deseo

Comprendo lo siguiente:

Si mi médico u hospital no desean seguir las indicaciones que enumeré, deberán asegurarse de que me atienda un médico u hospital que sigan mis indicaciones.

Si estoy embarazada o quedo embarazada, las decisiones que tomé en este formulario no deberán ser tenidas en cuenta hasta el nacimiento del bebé.

Si dejo de recibir un tratamiento para prolongar la vida o alimento y agua a través de una sonda o un dispositivo IV, solicito que mi médico hable sobre lo positivo y lo negativo de hacer esto y sobre mis deseos con mi representante de cuidados de salud, si es que tengo

uno, y con las siguientes personas: _____

_____

_____

Sección 4: Mi firma

Escriba su nombre: _____ Mes, día y año de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha/hora de firma: _____

Sección 5: Testigos (Dos testigos deben firmar)

Soy testigo de este formulario ya que considero que esta persona está mentalmente sana. No realicé la firma de la persona y no soy el representante de cuidados de salud. No tengo vínculo de sangre o adopción ni estoy casado con esta persona ni tampoco tengo derecho a ninguno de sus bienes. Tengo al menos 19 años de edad y no soy directamente responsable de pagar sus cuidados médicos.

Nombre en imprenta del primer testigo: _____

Firma: _____ Fecha/hora: _____

Nombre en imprenta del segundo testigo: _____

Firma: _____ Fecha/hora: _____

Sección 6: Firma del representante

Yo, _____, estoy dispuesto a actuar como representante de cuidados de salud.

Firma: _____ Fecha/Hora: _____

Segunda opción de representante:

Yo, _____, estoy dispuesto a actuar como representante de cuidados de salud si el primer representante escogido no puede hacerlo.

Firma: _____ Fecha/Hora: _____