

## Preferencias de tratamiento (metas de la atención)

Esta sección es opcional, pero se recomienda

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

### Instrucciones específicas para mi Representante del Paciente

En caso de que yo no pueda tomar decisiones o hablar por mí mismo, las siguientes son mis preferencias específicas y mis valores con respecto a mi atención médica:

#### Instrucciones:

- Anote sus iniciales junto a la opción que prefiera en cada una de las siguientes situaciones.
- Tache las opciones que no desee en su caso.

#### Tratamientos para prolongar mi vida

Si llego a un punto en el que exista certeza médica razonable de que no recuperaré mi capacidad para saber quién soy y dónde estoy, y no puedo interaccionar con los demás de forma significativa:

\_\_\_\_\_ Deseo que se hagan todos los esfuerzos posibles para prolongar mi vida, incluso si eso significa que permaneceré conectado a equipo de soporte vital por el resto de mi vida, como respirador artificial o diálisis renal.

\_\_\_\_\_ Deseo que mis proveedores de atención médica intenten tratamientos para prolongar mi vida por un período. Sin embargo, deseo suspender estos tratamientos si no me ayudan o si me causan dolor y sufrimiento.

\_\_\_\_\_ Deseo suspender o negar todos los tratamientos para prolongar mi vida. En todas las situaciones, deseo recibir tratamiento y cuidados para mantenerme cómodo.

\_\_\_\_\_ Elijo no completar esta sección

**Instrucciones:**

- Anote sus iniciales junto a la opción que prefiera en cada una de las siguientes situaciones.
- Tache las opciones que no desee en su caso.

**Reanimación Cardiopulmonar (RCP)**

Si mi corazón deja de latir o deo de respirar:

\_\_\_\_\_ Quiero RCP en todos los casos.

O

\_\_\_\_\_ Quiero RCP a menos que mis proveedores de atención médica determinen que tengo alguna de las siguientes:

- Alguna lesión o enfermedad que no tiene cura y estoy muriendo.
- Ninguna posibilidad razonable de sobrevivir si mi corazón deja de latir o deo de respirar.
- Pocas posibilidades de sobrevivir a largo plazo si mi corazón deja de latir deo de respirar y si me resultaría difícil y doloroso recuperarme después de la RCP.

O

\_\_\_\_\_ No quiero RCP. En vez de esto, quiero que se me permita morir por causas naturales.

**Instrucciones específicas adicionales**

Quiero que mi Representante del Paciente siga estas instrucciones específicas, las cuales pueden limitar la autoridad previamente descrita en las instrucciones generales para mi Representante del Paciente.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ Elijo no completar esta sección

**Preferencias de tratamiento (metas de la atención)**  
**Página de firmas**

(Si usted está satisfecho con la persona que eligió como su Representante del Paciente y con las preferencias de tratamiento que usted ha indicado en esta Sección, debe firmar y fechar la siguiente declaración).

Proporciono estas instrucciones por mi propia voluntad. No se me ha obligado a proporcionar estas instrucciones como condición para recibir atención médica, ni para que se niegue o retire dicha atención. Tengo al menos 18 años de edad y gozo de plenas facultades mentales. Estas son mis preferencias y metas expresadas y afirmadas en esta fecha:

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_