



Healthcare System, Inc.

St. Joseph's Regional Medical Center
St. Joseph's Wayne Hospital
St. Vincent's Nursing Home
Visiting Health Services of NJ

DIRECTRÍZ ANTICIPADA PARA TRATAMIENTO MÉDICO

St. Joseph's es un Centro Médico Católico que valoriza principalmente la necesidad de respetar la vida en todas sus etapas y en todas las condiciones. El Centro Médico también fomenta la participación activa de los pacientes en un proceso de toma de decisión compartida en lo que se refiere a su cuidado médico.

Una Directriz Anticipada puede ayudarle a asegurar que sus decisiones con respecto a sus tratamientos médicos sean respetadas aún si llega el momento en que usted ya no se encuentre capacitado para participar en estas decisiones.

Este es uno de los muchos formularios de **Directrices Anticipadas** que se encuentran disponibles; existen otros que son igualmente válidos. Este formulario consiste en dos partes. **Parte A** y **Parte B**. Ud. puede completar una o ambas partes. **Parte A:** es un "testamento en vida" donde ud. expresa la clase de tratamiento que desearía o no desearía que su equipo médico o institución le proporcionara, así como también cualquier instrucción acerca del cuidado médico que ud. quisiera hacer saber en caso de no poder hablar o comunicarse por sí mismo. **Parte B:** es el nombramiento de un Apoderado para el Cuidado Médico. Al completar la **Parte B** ud. elige y designa una persona para que ésta tome decisiones médicas en caso de que ud. no pueda hacerlo por sí mismo. La persona elegida se verá obligada a seguir las instrucciones de la **Parte A** si está completa.

Parte A: Instrucciones para **Directrices** (Testamento en Vida): en la **Parte A** ud. debe dar instrucciones acerca de su cuidado médico. Esto requiere que ud. tome decisiones importantes las cuales ud. está en libertad de discutir y comunicar a su doctor, un miembro de su familia y su apoderado para el cuidado médico.

A mi familia, doctores y todas aquellas personas interesadas en el cuidado de mi salud:

Yo, _____, estando en pleno uso de mis facultades mentales, por la presente declaro y hago saber mis instrucciones y deseos para tratamientos médicos en el futuro en caso de que, por cualquier motivo, debido a incapacidad física o mental, yo no estuviera en condiciones de participar en las decisiones con respecto a mi cuidado médico.

Por favor escoja una de las siguientes declaraciones y coloque sus iniciales al comienzo de la declaración con la cual ud. esté de acuerdo:

_____ Yo ordeno que se tomen medidas médicas apropiadas para mantener mi vida, sin tener en cuenta mi condición física o mental. Nota: *El tratamiento inútil es medicamente inapropiado.*

_____ Yo ordeno que si yo experimentara una deterioración física o mental a tal extremo que no hubiera esperanza razonable de recobrar o recuperar una calidad de vida significativa, entonces no deberán iniciarse medidas para prolongar mi vida. Los procedimientos para mantener la vida que deberán ser suspendidos incluyen, pero no están limitados a: **Cirugías, Droga, Resurrección Cardiopulmonar (CPR), Respiración Artificial, Alimentación o Líquidos Administrados por Métodos Artificiales.** Yo ordeno que solamente me sea administrado el tratamiento médico apropiado para aliviar el dolor y mantenerme confortable.

Instrucciones o comentarios adicionales (opcional)

Parte B: DESIGNACIÓN DE UN APODERADO PARA EL CUIDADO MÉDICO

En la parte B ud. puede designar una persona de confianza para que lo represente y sea reconocido legalmente como su Apoderado para el Cuidado Médico.

POR LA PRESENTE YO NOMBRO A:

Nombre Relación con el Paciente

Dirección

Ciudad Estado Teléfono

como mi Apoderado para el Cuidado Médico para que tome decisiones acerca de aceptar, rehusar o suspender tratamiento de acuerdo a mis deseos, los cuales han sido declarados en éste documento. En caso de que mis deseos no sean claros o si se presentara una situación no esperada, la persona que yo escogí como mi Apoderado para el Cuidado Médico está autorizada para tomar las decisiones que más me convengan basadas en lo que se sabe son mis deseos.

Instrucciones o comentarios adicionales (opcional)

Apoderado Alterno:

Si la persona que he nombrado anteriormente como Apoderado para el Cuidado Médico se encuentra incapacitada, reacia o inaccesible para actuar como mi Apoderado para el Cuidado Médico, por la presente yo designo a la siguiente persona como Apoderado Alterno para desempeñar esa función:

Nombre Relación con el Paciente

Dirección

Ciudad Estado Teléfono

Yo entiendo el propósito de este documento y lo firmo con conocimiento de lo que hago, voluntariamente y después de haberlo deliberado cuidadosamente.

Firma Fecha

TESTIGOS: Los Testigos no pueden ser ni el Apoderado para el Cuidado Médico ni el Apoderado Alterno.

Yo declaro que la persona que firmó este documento o que pidió a otro que lo firmara en su lugar, lo hizo en mi presencia, y que él o ella aparenta tener uso de sus facultades mentales y estar actuando en su libre voluntad.

TESTIGO No. 1

Firma Fecha

TESTIGO No. 2

Firma Fecha