

Directiva anticipada - OREGON

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Números de teléfono: (fijo) _____; (celular) _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Marque al menos **UNA** opción del **Paso 1** y **Paso 2**, y complete el **Paso 3** y el **Paso 4**

Paso 1: Elegir un agente de atención médica.

MARQUE **UNA** O **DOS** OPCIONES

Elijo a _____ Relación _____
(número de teléfono - - - o correo electrónico _____) como mi agente de atención médica primario
para que hable por mí al tomar decisiones relacionadas con la atención médica en caso de que yo no pueda hablar por mí mismo.

Elijo a _____; Relación _____
(número de teléfono - - - o correo electrónico _____) como mi agente de atención
médica secundario para que hable por mí al tomar decisiones relacionadas con la atención médica en caso de que yo no pueda hablar
por mí mismo y mi agente de atención médica primario no pueda prestar servicio.

Paso 2: Proporcionar orientación a mi agente de atención médica y médicos.

Al trabajar juntos para tomar decisiones relacionadas con el tratamiento y los planes para mi atención médica, tenga en cuenta mis preferencias generales que se describen a continuación:

MARQUE SOLO **UNA** OPCIÓN

- En este momento, no estoy seguro con cuáles de las siguientes afirmaciones estoy más de acuerdo. Confío en que mi agente de atención médica hará lo que sea mejor para mí.
- Quiero seguir viviendo incluso si mi calidad de vida parece ser mala para los demás y no pueda comunicarme con las personas. En general, aceptaría asistencia respiratoria, para el corazón y la función renal mediante máquinas que requieran que esté en un hospital o en una unidad de atención especial.
- La vida es preciosa, pero entiendo que todos morimos alguna vez. Quiero vivir siempre que pueda interactuar con los demás y disfrutar de una cierta calidad de vida. Aceptaría tratamientos intensivos solo si tuviese una posibilidad razonable de mejorar. Rechazaría la asistencia a largo plazo con medicamentos o máquinas intensivas si mi calidad de vida se viera empobrecida y no pudiese comunicarme con las personas.
- Para mí es muy importante evitar el sufrimiento. No quiero tratamientos médicos extraordinarios, como respiradores o reanimación cardiopulmonar (RCP). Si mis funciones corporales naturales fallan, rechazaría los tratamientos y elegiría morir de manera natural.

¿Hay algo que sus médicos deberían saber sobre usted para poder brindarle la mejor atención médica posible?

Paso 3: Completar y firmar el formulario delante de **YA SEA 1) dos testigos O BIEN 2) notario público** y que el agente lo acepte

Firma _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Directiva anticipada - OREGON

1. Opción 1: DOS testigos

FIRMA DEL PRIMER TESTIGO

Declaro, bajo pena de perjurio, según las leyes de Oregón, que:

- Conozco personalmente a la persona que completa este formulario o ha proporcionado una prueba de identidad.
- La persona que completa este formulario ha firmado o aceptado la firma de la persona que figura en el documento ante mí y parece no estar bajo coacción, y comprende el objetivo y efecto de este formulario.
- No soy el proveedor de atención médica de la persona.
- No soy el representante de atención médica de la persona ni el representante de atención médica alternativo.

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

FIRMA DEL SEGUNDO TESTIGO

Declaro, bajo pena de perjurio, según las leyes de Oregón, que:

- Conozco personalmente a la persona que completa este formulario o ha proporcionado una prueba de identidad.
- La persona que completa este formulario ha firmado o aceptado la firma de la persona que figura en el documento ante mí y parece no estar bajo coacción, y comprende el objetivo y efecto de este formulario.
- No soy el proveedor de atención médica de la persona.
- No soy el representante de atención médica de la persona ni el representante de atención médica alternativo.
- No soy familiar/cónyuge/hijo adoptivo, heredero/beneficiario de la persona.

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección: _____

2. Opción 2 - Notario Público

State of Oregon

County of _____

I certify that I know or have satisfactory evidence that _____ signed this instrument and acknowledged it to be his or her free and voluntary act for the uses and purposes mentioned in the instrument.

(Notary Seal)

Date: _____

Signature of Notary Public: _____

Title: _____

My appointment expires: _____

Paso 4: Aceptación de la designación por parte de un representante de atención médica.

Por la presente, acepto la designación como agente de atención médica para _____

Nombre: _____

Por la presente, acepto la designación como agente de atención médica secundario para _____

Nombre: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Directiva anticipada - OREGON

Este formulario se puede usar en Oregón para elegir a una persona para que tome decisiones relacionadas con la atención médica en su nombre si usted se siente demasiado enfermo como para decidir por sus propios medios. A la persona se la denomina «representante de atención médica». Si ha completado un formulario para designar a un representante de atención médica en el pasado, este nuevo formulario reemplazará cualquier formulario anterior. Debe firmar este formulario para que sea efectivo. También debe hacerlo atestiguar por dos testigos o un notario. La designación de un representante de atención médica no es efectiva hasta que el representante de atención médica acepte la designación. Si se enferma tan gravemente que no puede hablar por usted mismo y la designación de un representante de atención médica aún no es efectiva, se designará un representante de atención médica para usted según el orden de prioridad establecido en ORS 127.635(2).

Instrucciones para el Paso 1: Designar a un agente de atención médica.

Designe a alguien en quien confíe para que tome decisiones por usted cuando usted no pueda hacerlo por sus propios medios. Proporcione el nombre y la información de contacto de esta persona, junto con una persona adicional.

Elija a un familiar o amigo que:

- Sea mayor de 18 años y lo conozca muy bien.
- Esté dispuesto a hacer esto por usted.
- Sea capaz de tomar decisiones difíciles basadas en sus deseos.
- Comunique eficazmente la información que usted indique en este paquete tanto los proveedores de salud como a sus familiares.
- Está de acuerdo con aceptar la designación.

Su representante no puede ser su médico ni alguien que trabaje en el hospital o clínica donde usted recibe atención médica, a menos que esta persona sea un miembro de su familia.

Su representante de atención médica puede hacer lo siguiente:

- decidir dónde recibirá cuidados médicos
- seleccionar o despedir proveedores de salud
- aceptar/rechazar medicamentos, exámenes, tratamientos
- tomar medidas legales para cumplir con sus deseos

Su representante de atención médica NO PUEDE autorizar lo siguiente:

- terapia electroconvulsiva
- psicocirugía
- procedimientos de esterilización
- aborto
- procedimientos de soporte vital*
- nutrición e hidratación*

*El rechazo está permitido si está expresamente autorizado o si se cumplen condiciones específicas (p. ej., se ha confirmado que la persona se encuentra en una etapa terminal o está inconsciente de forma permanente)

Instrucciones para el Paso 2: Información para mi agente de atención médica y médicos al momento tomar decisiones relacionadas con mi atención médica.

Indique sus deseos acerca de la atención médica.

1. Seleccione una de las opciones para proporcionar orientación sobre tratamientos de soporte vital. A continuación se incluye información sobre algunos tratamientos de soporte vital que pueden o no ser exitosos para ayudarlo a vivir más tiempo.

RCP o reanimación cardiopulmonar: Esto puede implicar (1) oprimir su pecho fuertemente para mantener el flujo de sangre; (2) descargas eléctricas para restablecer el funcionamiento del corazón; (3) medicamentos en sus venas.

Solicite más información a sus proveedores de atención médica, según corresponda.